

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

POUR

No
370

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henry GALLOT

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 23 Mai 1903, à Versailles (Seine-et-Oise)

ESSAI SUR LA PSYCHOLOGIE
ET
LA PHYSIOLOGIE DES OBSÉDÉS

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henry GALLOT

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 23 Mai 1903, à Versailles (Seine-et-Oise)

ESSAI SUR LA PSYCHOLOGIE
ET
LA PHYSIOLOGIE DES OBSÉDÉS

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LARBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET ... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE ... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER		VELTER	
LIAN			
PASTEUR - VALLÉRY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR M. LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin de l'hôpital de la Pitié

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

Professeur de clinique à la Faculté
Médecin de l'hôpital Broussais
Membre de l'Académie de Médecine

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ETIENNE MAY

Médecin de l'hôpital Tenon

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES FLANDIN

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT SÉZARY

Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR O. CROUZON

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hospice de la Salpêtrière

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR VURPAS

Médecin de la Salpêtrière

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BARBÉ

Médecin de la Salpêtrière

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DE CLÉRAMBAULT

(in memoriam)

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. LE PROFESSEUR SERGENT

M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Externat

M. LE DOCTEUR CROUZON

M. LE PROFESSEUR BAUDOIN

M. LE DOCTEUR DE MASSARY

M. LE DOCTEUR MILIAN

Internat. Provisoire

M. LE DOCTEUR VURPAS

M. LE DOCTEUR BARBÉ

Internat

M. LE DOCTEUR CROUZON

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SÉZARY

M. LE DOCTEUR FLANDIN

M. LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

M. LE DOCTEUR MAY

A M. LE DOCTEUR ALAJOUANINE

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin de l'hospice de Bicêtre

A M. LE DOCTEUR LÉCHELLE

Médecin de l'hôpital Tenon

A M. LE DOCTEUR RAYMOND MALLET

Médecin-inspecteur des Asiles

A M. LE DOCTEUR ESCALIER

Médecin des Hôpitaux de Paris

A. M. LE DOCTEUR G. BASCH

Médecin des Hôpitaux de Paris

A M. LE DOCTEUR MARCEL NATHAN

(*in memoriam*)

Ancien chef de clinique à la Faculté

A M. LE DOCTEUR ROUËCHE

A M. LE DOCTEUR JULES THIERCELIN

A MES AMIS

MM. LES DOCTEURS ROBERT ANDRÉ, CORMAN,
M. COSTE, DAVID (de Chatellerault), GOIDIN,
LENÈGRE, LOUVET, POUMEAU-DELILLE,
ROBIN (de Limoges), JEAN TERRASSE, A.
VILLECHAIZE

A MES AMIS

ANDRÉ CHASTAIN, HENRY HUGAULT-BERTIN

INTRODUCTION

Les obsessions constituent un des problèmes essentiels et fondamentaux de la psychiatrie.

Si l'étude de la maladie des obsessions a, de tout temps, passionné les médecins et les aliénistes, il faut reconnaître que, depuis les mémorables travaux de Pierre Janet aux environs de 1900, rien de nouveau n'avait été dit jusqu'à la naissance et la vulgarisation de la doctrine psycho-analytique de Freud, qui donne aux obsessions un mécanisme et une origine purement psychogène.

Or, la psychanalyse a une valeur théorique et pratique incontestable et les guérisons que l'on peut obtenir par son intermédiaire ne sont pas niables, mais cette méthode thérapeutique, difficilement applicable, n'est pas sans dangers.

Steckel, disciple dissident du Maître de Vienne, a insisté à maintes reprises sur les inconvénients de la psychothérapie analytique, quand elle est appliquée par un médecin ignorant et maladroit vis-à-vis de cas mal choisis.

Nombre d'auteurs sont aussi de cet avis, et

Laignel-Lavastine, en particulier, tout en reconnaissant que, dans une certaine mesure, les dangers de la psychanalyse constituent une preuve négative de son efficacité, a rapporté deux observations particulièrement démonstratives, qui montrent que parfois cette méthode est désastreuse pour les malades.

Par ailleurs, on admet en général, à quelques variantes près, que les obsessions surviennent sur un terrain spécial, sur une constitution morbide particulière : la psychasthénie de Pierre Janet, et Freud lui-même reconnaît qu'il ne suffit pas qu'un individu soit placé dans des conditions estimées adéquates pour qu'il devienne un obsédé, mais qu'il faut encore une certaine aptitude constitutionnelle.

A un tout autre point de vue, Claude, Laignel-Lavastine, Tinel et Santenoise insistent sur le déséquilibre émotionnel inhérent à l'obsession et envisagent le problème de la maladie obsessionnelle par son côté physiologique.

En définitive, pour résoudre le problème pathogénique des obsessions, les différents auteurs se répartissent suivant leur tempérament en deux groupes opposés.

Les uns mettent au premier plan le mécanisme psychologique et estiment que la connaissance de ce mécanisme est la seule chose importante au point de vue doctrinal et thérapeutique, bien que la constitution joue un certain rôle.

Les autres, sans méconnaître pourtant l'importance possible des mécanismes psychogènes quant

à la forme et à l'expression pittoresques de l'obsession, pensent qu'il existe à la base, comme condition nécessaire, sinon suffisante, un fonctionnement physiologique spécial, réel, tangible dont il est important au point de vue thérapeutique de tenir compte.

L'une ou l'autre opinion adoptée exclusivement ne correspond certainement pas à la réalité des faits, de telle sorte qu'une théorie éclectique de l'obsession semble seule rationnelle à nombre de psychiatres français, ceux-là mêmes, cependant, qui insistent avec raison sur le côté physiologique de l'obsession.

C'est un très grand mérite pour les psychanalystes français Borel et Cenac d'avoir compris que, dans l'obsession, il y a autre chose que la résultante d'un conflit affectif : que la notion de constitution est d'une importance fondamentale, et qu'il convient de fixer ce qui revient et aux circonstances déterminatrices du phénomène psychologique et au terrain morbide. Mais, tout en étant plus affirmatif que Freud, ils se contentent pourtant de parler de déséquilibre émotionnel et affectif afin de rattacher à peu de frais la constitution psychasthénique ou obsessionnelle à la constitution émotive de Dupré.

Cela nous semble insuffisant. Aussi, pour notre part, avons-nous voulu tenter une analyse à la fois psychologique et physiologique des obsessions, en restant, strictement, sur le terrain médical.

Nous envisagerons d'abord les divers mécanismes psychologiques invoqués par Freud ou dérivés de

son enseignement, afin de fixer dans quelle mesure la théorie psychanalytique des obsessions est vraisemblable. Puis, fort de ce fait que la prédisposition constitutionnelle est nécessaire, même pour ceux qui adoptent la théorie psychogène, nous étudierons la physiologie de l'obsédé, nous nous renseignerons sur l'état de son système neuro-végétatif et endocrinien, nous nous informerons de son hérédité.

C'est après avoir envisagé ces différents points que nous essayerons de fixer les modalités de la constitution obsessionnelle.

En outre, frappé de la renaissance de la morphologie médicale sous l'impulsion de Kretschmer en Allemagne, Pende en Italie, Tooris, Mac-Auliffe, Sigaud et Corman en France, nous essayerons d'étudier les obsédés et, plus particulièrement, les obsédés psychasthéniques du point de vue typologique, afin d'ajouter, si possible, aux panneaux neuro-végétatifs et dystrophiques de la constitution obsessionnelle, un panneau morphologique concernant les formes extérieures du corps des individus.

Ayant ainsi observé les obsédés sous leur double aspect psychologique et physiologique, nous nous occuperons de la thérapeutique des obsessions, thérapeutique difficile, pénible, ingrate, polyvalente, mais, aussi, passionnante, parce qu'elle s'adresse à des individus particulièrement pitoyables et douloureux.

Le grand principe de la thérapeutique des psycho-

névroses se résume, en effet, dans cette formule de Laignel-Lavastine :

« Les psychonévroses étant des complexes psycho-
« organiques, toute thérapeutique symptomatique
« univoque est mauvaise. »

PREMIÈRE PARTIE

LA CLINIQUE DE L'OBSESSION
ET LE
FOND MENTAL PSYCHASTHÉNIQUE

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION ET CARACTÈRES GÉNÉRAUX
DES OBSESSIONS

L'obsession est un syndrome que l'on peut rencontrer au cours de divers états mentaux. Tantôt, il ne s'agit que d'un épisode fugace et passager : c'est le cas des obsessions chez les déments précoces, les persécutés, etc... ; tantôt, au contraire, l'obsession domine tout le tableau clinique ; elle constitue, à elle seule, la maladie et l'on désigne en général du nom d' « obsédés » les malades qui en sont atteints. C'est ce dernier cas qui, seul, nous retiendra.

Les définitions de l'obsession sont nombreuses,

beaucoup sont excellentes. Dide et Guiraud, par exemple, définissent l'obsession de la façon suivante :

« L'obsession est un symptôme caractérisé : 1^o par
« un état d'anxiété, avec ses éléments mentaux
« et organiques ; 2^o par la pénétration dans la
« conscience d'un sentiment, d'une idée, d'une ten-
« dance qui apparaît au malade comme en désaccord
« avec sa personnalité et qui persiste malgré tous
« ses efforts pour la chasser. Le malade est comme
« assiégé par une puissance étrangère, et en même
« temps il est souvent poussé à accomplir l'idée
« obsédante, malgré son absurdité. »

Le fait essentiel est que le malade n'est jamais dupe du trouble qui l'envahit. Il sait et il comprend que c'est une pensée ou un sentiment parasite. Il devine que son psychisme, seul, en est l'auteur, que c'est un phénomène essentiellement morbide et ce caractère conscient de l'obsession est une chose remarquable et lourde de signification psychologique.

Faut-il dire, cependant, que la lucidité de l'obsédé est complète pendant la phase obsessionnelle ? Cela ne nous semble pas tout à fait exact et nous croyons, avec Seglas, que l'obsédé a sa conscience intacte, avant et après, mais non pendant le paroxysme obsédant.

Il est incontestable que, pendant l'accès d'obsession, l'intelligence est fortement obnubilée par l'angoisse, et que l'idée obsédante efface toutes les

autres pensées en apportant un trouble profond dans la perception des choses et dans l'exercice même des facultés intellectuelles.

Quoi qu'il en soit, l'obsédé s'efforce, par tous les moyens, de se débarrasser de son obsession. Il use de « trucs » divers pour « faire diversion », suivant l'expression de Saint François de Sales qui connaissait bien la psychologie des douteurs. Malgré tous ses efforts, l'obsédé échoue, et l'angoisse qui en résulte tient non seulement au sentiment d'impuissance que le malade éprouve, mais encore au fait que l'obsession reste mystérieuse quant à son origine, quant à sa signification, quant à son but.

Dans ces cas, l'angoisse est bien un phénomène réactionnel ; parfois, cependant, — comme nous le verrons plus loin — elle peut être primitive.

C'est le caractère énigmatique de l'obsession qui a longtemps fait dire qu'elle réalisait un dédoublement de la personnalité

Regis, par exemple, qui donne une excellente définition de l'obsession, dit en terminant qu'elle crée « une variété de dissociation psychique dont le terme ultime est le dédoublement de la personnalité ».

Nous croyons qu'il s'agit là d'une interprétation correspondant davantage à une vue pathogénique qu'à un aspect clinique véritable.

Ce dédoublement de la personnalité est, en réalité, plus apparent que réel ; il ne s'agit pas d'un dédoublement vrai, et le malade, quand il parle d'une

sensation de dédoublement, use d'une comparaison dont il n'est pas dupe.

Il veut simplement exprimer ce qu'il y a d'extraordinaire et d'inaccoutumé dans l'obsession, qui est incompatible avec son psychisme habituel et ses préoccupations normales et irréductible aux lois les plus élémentaires du bon sens et de la logique. Par cette comparaison, ces malades montrent que rien, à leurs yeux, ne justifie ou n'explique l'obsession qui semble posséder un dynamisme propre.

En définitive, nous croyons que la meilleure définition, celle qui est la plus objective, la plus simple et la plus courte, c'est encore celle que donnent Borel et Cenac quand ils écrivent que : « L'obsession « est l'apparition involontaire et anxieuse dans la « conscience de pensées ou de sentiments parasites, « tendant à s'imposer au moi, évoluant à côté de « lui et non acceptés par la conscience. »

La définition que nous venons de donner de l'obsession permet facilement de poser un diagnostic positif. L'idée fixe, par exemple, se sépare de l'obsession en ce sens qu'elle est adoptée entièrement par le sujet, qui, loin de la rejeter, fait converger vers elle, en vue de la réalisation, ses facultés logiques.

Quant au mentisme, c'est-à-dire cet état psychique si spécial caractérisé par la rumination intellectuelle d'une phrase musicale, de quelques mots ou de quelques vers, c'est un syndrome épisodique qui survient à la suite de fatigue, d'intoxication

(café, tabac) et qui apparaît à l'évidence comme un phénomène d'automatisme physiologique.

Reste, enfin, le problème de l'obsession chez un sujet quelconque. Les idées obsédantes, en effet, sont loin d'être exceptionnelles chez les individus normaux. Où finit l'obsession normale ? Où commence l'obsession pathologique ?

Ces deux variétés d'obsession sont-elles identiques ? Leur mécanisme est-il semblable ? Nous envisagerons plus tard ce problème, qui doit être résolu par l'affirmative. Mais, pour l'instant, nous nous contenterons de signaler, avec Seglas, que le critérium dit de l'utilité est loin d'être négligeable et qu'une obsession morbide est avant tout caractérisée par ce fait qu'elle entraîne des réactions mal adaptées à l'intérêt de l'individu et de l'espèce.

Si l'on ajoute que rien dans l'attitude du sujet ne légitime ou n'explique l'obsession, on aura là une base de discrimination nosologique et seméiologique suffisante dont nous nous contenterons pour l'instant.

CHAPITRE II

NOSOGRAPHIE DES MALADIES OBSESSIONNELLES

Sous le terme général « d'obsession », on a coutume de désigner trois ordres de faits que nous analyserons plus loin, à savoir : les obsessions vraies, les impulsions, les phobies.

Dans le bref exposé historique que nous allons faire maintenant, ces trois faits cliniques sont souvent confondus et cela par les auteurs eux-mêmes.

Les obsessions n'entrent vraiment dans le domaine de la psychiatrie qu'avec Esquirol, qui rapporte des cas très nets de maladie du doute et décrit la monomanie homicide. Il range cette affection dans le cadre très vaste des monomanies.

Bientôt Delasiauve décrit les pseudo-monomanies et classe les obsessions dans les délires partiels.

À la même époque, Trelat décrit « la folie lucide » et Billod explique les obsessions par des lésions de la volonté. C'est dire qu'à cette époque (1840), l'ob-

session est considérée comme un trouble intellectuel primitif. C'était aussi l'opinion de Griessinger, Westphal, Meynert, opinion qui tendra à prévaloir jusqu'en 1880.

Cependant, Morel, dès 1866, dans un travail intitulé : « Du Délire Emotif, Névrose du Système Nerveux Ganglionnaire Viscéral », entrevoit une fois de plus la vérité et fixe le problème sur son véritable terrain, celui qui est admis aujourd'hui. Mais il ne fut pas écouté.

Ce fut sous l'impulsion de Berger (1878), de Legrand du Saule, de Falret, de Krafft-Ebing, de Seglas que l'on reprit l'idée d'une origine affective primitive de l'obsession.

Cependant, ces auteurs — il faut bien le dire — ébauchent à peine l'étude des mécanismes pathogéniques de l'obsession. Ils admettent simplement que les perturbations de la vie affective, les troubles émotionnels sont primitifs et déterminent secondairement des troubles intellectuels.

A la même époque, sous l'influence de Magnan et de son école, le problème fut envisagé sous un angle différent et les obsessions rattachées avec bien d'autres choses aux syndromes épisodiques des dégénérés et des débiles.

Malgré cela, la théorie émotionnelle de l'obsession faisait son chemin. En 1892, Raymond et Arnaud eurent le mérite de signaler que le psychisme tout entier des obsédés présentait quelque chose d'anormal, mais ils n'allèrent pas jusqu'au bout de leur

pensée, et c'est à Pierre Janet, entre 1893 et 1903, qu'il était réservé de montrer que l'obsession n'est que le symptôme le plus apparent d'un état psychopathologique spécial appelé par lui « psychasthénie » et s'étendant à tous les modes de l'activité cérébrale.

Il explique la maladie par une inadaptation au réel, due à une tension psychologique constitutionnellement basse. Mais, s'il décrit la psychasthénie et, s'il étudie le mécanisme de l'obsession, il ne se préoccupe pas de déchiffrer l'énigme de leur contenu psychologique.

Dès lors, la notion de « psychasthénie » tend à englober toutes les obsessions, à devenir la condition indispensable à leur apparition. Les différentes idées et actions obsédantes ne sont que des formes cliniques d'une même affection.

Cependant, une légère réaction se produisit et différents auteurs rappelèrent que Baillarger, Falret, avaient signalé que certains états obsédants, avec impulsions meurtrières ou suicides, se développaient à la faveur de dispositions mélancoliques et que la maladie prend souvent le type intermittent.

Fort de cela et de son expérience personnelle, Kraepelin, dans son « Introduction à la Psychiatrie Clinique », en 1907, rapproche d'une manière fort nette certaines obsessions de la psychose périodique.

En 1909, Dupré, à son tour, mentionne la parenté et l'association fréquente des états dépressifs et des crises obsessionnelles. A la même époque, Gilbert Ballet rapproche la dipsomanie de la psychose péri-

dique, tandis que Denis et Charpentier, Logre et Kahn trouvent une parenté intime entre certains états obsédants et la psychose maniaque dépressive.

Tout récemment encore, en 1933, Vurpas et Corman ont montré que les états morbides accompagnés d'obsession, suicide ou homicide, s'apparentent très nettement à la mélancolie et qu'il faut séparer ces états des obsessions constitutionnelles.

Telle fut l'évolution des idées concernant la clinique des obsessions. Au point de vue pathogénique nous avons déjà fait mention des idées de Pierre Janet. Après lui, Dupré décrit la constitution anxieuse, de telle sorte que lui-même, puis Devaux et Logre, Hartenberg rattachent la psychasthénie et la très grande majorité des obsessions à une anxiété constitutionnelle primitive.

Cela n'avancait guère les choses. C'est alors que Freud survint, en prétendant expliquer toutes les manifestations obsessionnelles et phobiques par un trouble psycho-sexuel. Il sépare la névrose d'angoisse, due à un conflit actuel ou récent de la névrose obsessionnelle, qu'il range avec l'hystérie dans les névroses de transfert et construit une théorie grandiose de l'esprit humain tant à l'état normal qu'à l'état de maladie.

En résumé, on peut dire que l'histoire des obsessions met en évidence les points suivants, successivement acquis.

L'obsession survient presque toujours sur un fond

mental spécial, psychasthénique ou anxieux et elle n'est qu'un accident paroxystique.

Dans quelques cas — assez rares d'ailleurs — les obsessions sont indépendantes de tout fond mental pathologique. Elles apparaissent à la suite d'un choc affectif ou organique et sont même l'équivalent d'un accès dépressif.

L'étude du mécanisme intime et du contenu de l'obsession est importante au point de vue doctrinal et au point de vue pratique.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE DES MALADIES OBSESSIONNELLES

Nous croyons nécessaire, bien que cela soit devenu banal, de décrire, une fois de plus, le fond mental indispensable à l'apparition des obsessions et d'examiner les obsessions elles-mêmes, du seul point de vue clinique, en séparant les obsessions-intellectuelles des obsessions-impulsions et des phobies. Nous insisterons, aussi, sur une forme clinique spéciale, trop souvent méconnue ou ignorée : les obsessions algiques ; puis nous ferons quelques remarques sur certains caractères particuliers de l'affection, qui nous seront utiles plus tard pour étudier la psychologie de l'obsession.

A. — LE FOND MENTAL DES OBSÉDÉS

Il s'agit essentiellement du fond mental psychasténique décrit par Pierre Janet.

Suivant l'excellente définition de Hesnard, on peut dire que la psychasthénie est un ensemble de signes

cliniques consistant en troubles permanents et constitutionnels du caractère, favorisant l'éclosion, dans la conscience de l'individu, d'impressions pénibles, relatives à l'exercice de la pensée en général, et plus particulièrement dans ses rapports avec la réalité extérieure et sociale.

Ainsi que nous l'avons vu, c'est à Pierre Janet que revient le grand mérite d'avoir admirablement décrit les caractéristiques psychiques fondamentales de l'obsédé constitutionnel, l'expression « obsédé constitutionnel » n'étant d'ailleurs peut-être pas tout à fait synonyme de « psychasthénie », en ce sens qu'un tel obsédé, pour être un obsédé en puissance, peut ne jamais présenter d'obsession caractérisée ou prédominante.

Avec la majorité des auteurs, on doit admettre que l'état mental psychasthénique est quelque chose de bien spécial et que les tentatives de quelques-uns, qui veulent le rattacher partie à la constitution émotive, partie à l'asthénie chronique, partie à la cyclothymie ne sont ni valables ni viables.

Les caractéristiques essentielles du terrain psychasthénique ne consistent pas dans un trouble isolé d'un des modes de l'activité du fonctionnement cérébral.

Ce n'est pas le doute, ce n'est pas spécialement non plus cet état affectif particulier d'inquiétude permanente et d'insécurité, c'est tout cela à la fois. C'est le dynamisme mental tout entier qui est troublé.

L'aptitude générale, la tendance psychasthénique

dont il est souvent difficile de trouver les premières manifestations se retrouve en général dès la deuxième enfance. Elle ira ensuite en s'épanouissant et en s'enrichissant.

C'est d'abord une tendance marquée à la rêverie, au repliement sur soi qui fait de l'enfant un solitaire farouche, ennemi du jeu collectif, mais ami de la fantasmagorie imaginative. A tout cela s'ajoute une timidité éperdue, une honte de soi extrême, souvent d'ailleurs entretenue et renforcée par des remontrances familiales maladroites. Il existe aussi une aptitude foncière au doute et aux scrupules, une impressionnabilité extrême, une tendance à l'hypochondrie.

C'est seulement lors de l'adolescence et de l'âge adulte que les sentiments psychasthéniques décrits par Pierre Janet apparaîtront — sentiment d'incomplétude, sentiments d'incapacité, d'impuissance, d'infériorité, qui sont peut-être le fait d'un orgueil très grand, que l'ensemble inadapté du psychisme empêchent d'être légitimes et de s'épanouir.

Quoi qu'il pense, quoi qu'il fasse, quoi qu'il dise, le psychasthénique n'est jamais satisfait et tend à répéter son action.

Dans ses rapports sociaux, il a besoin d'être rassuré, consolé, encouragé, et, par suite, se comporte facilement comme un véritable tyran. Il veut être aimé, mais il n'aime guère. Il n'est sensible aux émotions collectives et aux sentiments élevés que dans la mesure où il pense pouvoir en tirer quelque bénéfice.

Le psychasthénique est ennemi de tout bouleversement social et familial ; parfois, cependant, par une sorte de raptus, il commet des actes inaccoutumés et inachevés dans le but de rompre sa stagnation intellectuelle et de faire cesser la monotonie atroce d'une existence qu'il rabâche.

Sa vie tout entière est, dans la mesure du possible, ordonnée et codifiée, afin de suppléer par des automatismes physiques et sociaux à l'impossibilité d'une décision.

Les traits de ce caractère sont habituellement nets et faciles à mettre en évidence. Parfois cependant, soit que le malade s'analyse mal — ce qui est rare —, soit qu'il dissimule certains traits de son comportement psychique, il est bon de recourir à quelques tests que l'expérience a montré excellents et fidèles : ce sont les petits signes de la psychasthénie décrits par Vurpas, et qui sont basés sur ce fait que le caractère psychasthénique entraîne, dès le jeune âge, diverses manies — vérification répétée d'un acte simple, que, d'ordinaire, on exécute sans y réfléchir, ainsi la fermeture d'une porte, du robinet d'eau, de gaz, le timbrage d'une lettre, la mise correcte de cette lettre dans la boîte, — scrupules dans l'accomplissement de certains actes où la conscience morale est en jeu, ainsi la confession, etc...

Ces petits signes sont d'une importance pratique incontestable et ils permettent souvent de situer dans le temps, en dehors de tout phénomène paroxystique

obsessionnel, les premières manifestations de la maladie.

Tel est le fond mental psychasthénique.

Sur ce terrain spécial, qui subit lui-même et sans changer en rien quelques oscillations en plus ou en moins suivant le mode de vie du sujet et les difficultés sociales qu'il rencontre, vont pouvoir survenir des phobies ou des obsessions, habituellement épisodiques, qui, pour un même malade, ne sont pas toujours identiques entre elles.

Hesnard cite par exemple le cas d'un malade qui a présenté dans sa jeunesse plusieurs obsessions de honte avec hypocondrie ; vers 30 ans, il eut la phobie de la tuberculose et des microbes ; quelque temps après, il fut obsédé par l'idée qu'il serait arrêté et emprisonné pour des fautes absurdes et imaginaires ; enfin, vers la soixantaine, il eut des obsessions sexuelles, bientôt transformées en idées hypocondriaques.

Est-il possible de faire rentrer cette constitution psychasthénique, que nous venons de décrire, dans la constitution émotive de Dupré ?

Nous ne le pensons pas.

La constitution émotive est caractérisée à la fois par l'éréthisme diffus de la sensibilité et l'insuffisance de l'inhibition motrice réflexe et volontaire, en vertu de laquelle l'organisme présente aux ébranlements qui sollicitent sa sensibilité des réactions anormales

par leur vivacité, leur extension et leur durée, et se montrent ainsi plus ou moins incapables de s'adapter aux circonstances soudaines, aux situations imprévues, aux milieux nouveaux (Dupré).

Pour Devaux et Logre, toute la psychasthénie se résume dans l'aptitude à l'anxiété, qui est le fait initial fondamental et primitif. Or, la clinique montre qu'il n'en est pas ainsi, mais que, chez l'obsédé psychasthénique, l'anxiété est secondaire et réactionnelle.

En somme, le domaine pathologique de la constitution émotive doit être limité à la névrose d'angoisse et aux états anxieux paroxystiques. La clinique montre d'ailleurs que le fond mental anxieux est qualitativement différent du fond mental psychasthénique, ce qui n'empêche pas les constitutions psychasthéniques et anxieuses de s'associer souvent, ainsi qu'en témoignent certaines phobies psychasthéniques, avec anxiété prévalente et initiale, qui ne peuvent être raisonnablement interprétées qu'à l'aide d'une telle combinaison. Ajoutons cependant, pour terminer, qu'il ne faut pas exagérer l'importance de la constitution émotive et en faire la condition nécessaire de tous les états anxieux, qui ne sont souvent que la traduction actuelle de troubles physio-pathologiques acquis et immédiats.

B. — ETUDE CLINIQUE DES ÉTATS OÙSÉDANTS SUIVANT LEUR MODE D'APPARITION

Il y a lieu, pour la clarté de l'exposition, d'envi-

sager séparément les formes cliniques essentielles de l'obsession, à savoir : les obsessions intellectuelles ; les obsessions-impulsions ; les obsessions algiques ; les phobies, et d'étudier, dans chaque cas particulier, les conditions immédiates de leur apparition, ainsi que le fond mental concomitant.

Obsessions intellectuelles. — Ce sont des obsessions idéatives pures, se rapportant tantôt à une idée concrète (mots, objets, personnes), tantôt à une idée abstraite (obsession métaphysique, idées de dépersonnalisation, doute de soi).

Habituellement, ces obsessions surviennent sur le fond mental psychasthénique.

Elles apparaissent, en général, à froid, se montrent plus intellectuelles qu'affectives, l'anxiété est secondaire et contingente et véritablement réactionnelle. Comme le dit Baruk, la lutte anxieuse est secondaire et dépasse les moyens. Si bien qu'en définitive, l'activité psychique n'est pas inhibée — bien au contraire — ; le raisonnement intervient, combat, lutte pied à pied, en un mot enrichit l'obsession.

Beaucoup plus rarement, l'obsession survient chez des individus apparemment normaux et qui, *a priori*, n'offrent aucune des particularités psychiques spéciales de la psychasthénie ou de l'anxiété constitutionnelle. Ces obsessions, qui peuvent être uniques ou multiples dans la vie d'un individu, peuvent avoir des causes déclenchantes très différentes. C'est ainsi qu'il peut s'agir d'un choc émotif, d'une difficulté

psychologique ou affective, d'un trouble organique.

Enfin, dans quelques cas, l'obsession est véritablement imbriquée sur des phénomènes de rumination mentale, dits de « mentisme ». On peut alors se demander si parfois des causes toxiques, infectieuses ou autres ne déterminent pas des obsessions, en réalisant une manière d'être transitoire, identique à la manière d'être constitutionnelle. Rappelons, par exemple, le cas si troublant de Toulouse, où une tumeur cérébrale s'est manifestée initialement pendant plusieurs mois par des signes psychasthéniques.

Obsessions-impulsions. — Leur nombre est infini. Toutes, elles ont été baptisées de noms grecs compliqués, mais là n'est pas l'important.

Il y a lieu de distinguer les obsessions-impulsions et les impulsions vraies.

L'obsession-impulsion n'est que la crainte pénible et douloureuse d'avoir une impulsion, d'être poussé à agir malgré soi et n'est pas suivie de réalisation, tandis que l'obsession vraie pousse d'emblée l'individu à agir d'une façon impérieuse, sans lutte franche, avec passage à l'acte fréquent. Les premières sont les obsessions idéatives d'impulsion et se rencontrent chez les psychasthéniques. Les secondes sont beaucoup plus rares et plus monotones dans leur objet ; ce sont elles que la clinique identifie à des accès dépressifs.

Baruk, par exemple, a eu l'occasion d'observer un

malade qui a fait, au cours de son existence, quatre accès dépressifs, deux ayant franchement un caractère mélancolique, deux autres étant uniquement à forme obsessionnelle. De telles observations ne sont pas rares.

Vurpas et Corman ont insisté sur les caractères qui opposent les obsédés mélancoliques et les obsédés constitutionnels. Ils ont montré en particulier, que, chez l'obsédé mélancolique, il s'agit surtout d'obsession-crainte ou impulsion touchant aux instincts de valeur vitale (suicide, homicide), obsessions concrètes, vécues par le malade mais non raisonnées et accompagnées d'un état dépressif, tandis que l'obsédé constitutionnel présente, en règle, un type d'obsession idéative ou à tendances idéatives et abstraites compliquées par le raisonnement.

Ils opposent d'ailleurs le caractère habituel des malades et leur morphologie. C'est sur quoi nous reviendrons plus tard.

Ajoutons que la dipsomanie vraie constitue aussi un équivalent dépressif ainsi que l'avait montré Gilbert Ballet.

En résumé, les obsessions-impulsions sont en général de nature psychasthénique, tandis que les impulsions vraies (suicide, homicide, dipsomanie) se présentent en clinique comme une forme spéciale de la psychose maniaque dépressive.

Obsessions algiques. — Ce sont des algies psychiques, des douleurs obsédantes sans cause lésion-

nelle locale. La douleur constitue toute la maladie. Toutes les thérapeutiques médicales ou chirurgicales sont inefficaces, « la variabilité de localisation des phénomènes douloureux, l'invéraisemblance de certaines sensations, la non-correspondance des troubles fonctionnels avec de multiples constatations objectives orienteront le médecin sur une autre hypothèse que celle d'un processus organique » (Gelma). Le malade apparaît psychiquement comme mal équilibré. On trouve chez lui des stigmates psychasthéniques, une aptitude particulière à l'anxiété, un déséquilibre vago-sympathique. Ces algies psychiques, dont le diagnostic est particulièrement délicat, apparaissent, au même titre que les obsessions, comme des phénomènes de compensation. Que l'on puisse déceler parfois une épine irritative organique, cela ne change rien à la question, car l'intervention qui enlève cette épine irritative n'apporte généralement pas la guérison.

La connaissance de ces troubles cénesthopathiques, sur lesquels ont insisté Dupré, de Massary, Mallet, est particulièrement utile à connaître, si l'on veut entreprendre une thérapeutique efficace ou seulement logique.

Quant aux caractères intrinsèques des algies psychiques, ils n'ont rien de très particulier, et participent à la fois des obsessions intellectuelles et des phobies.

Phobies. — Ce sont les obsessions-craintes et inhi-

bitrices. Leur nombre est aussi considérable qu'il y a d'objets.

1^o Phobies diffuses :

Ce sont les états dits panophobiques où l'on a peur de tout et de rien, où l'anxiété, au lieu d'être rivée à un objet toujours le même, flotte comme dans un rêve et ne se fixe que pour un instant, au hasard des circonstances, passant d'un objet à l'autre (Ribot).

Il s'agit donc là en vérité d'une anxiété diffuse, sans objet, et non de phobie véritable. Aussi ces états ne se voient-ils qu'exceptionnellement chez les psychasthéniques, tandis qu'ils se rencontrent avec une extrême fréquence chez ceux qui ont une constitution anxieuse, encore qu'ils peuvent être indépendants de toute notion constitutionnelle ou presque et être déclenchés par un choc affectif violent ou par des lésions organiques, toxiques, infectieuses, etc...

2^o Phobies systématisées :

La phobie est fixée sur un objet et parfois a été précédée d'un état panophobique.

Steckel a prétendu séparer la maladie obsessionnelle des phobies, en se basant sur ce fait que l'angoisse de l'obsédé est déclenchée quand l'individu s'abstient d'agir, tandis que, chez le phobique, l'angoisse est déclenchée par l'action elle-même. Il a cru aussi devoir opposer ces deux manifestations, parce que l'angoisse de l'obsédé concerne autrui, c'est-à-dire quelque chose d'objectif, de situé hors du sujet (être ou objet aimé), tandis que, chez le phobique, l'angoisse est égoïste et subjective.

Il nous semble que cette distinction est trop radicale.

D'abord, ne pourrait-on objecter que, pour nombre de phobiques, la représentation mentale pure et simple de l'objet, cause de la phobie, déclenche l'angoisse, même s'il n'y a pas d'action ? Par exemple, le fait de regarder une place, même sans avoir à la traverser, suffit à créer l'angoisse pour bien des agoraphobes. En outre, les obsédés égoïstes n'ayant qu'une angoisse subjective, ne sont pas rares.

Aussi croyons-nous que, pour les phobies comme pour les impulsions, il y a lieu de distinguer deux sortes de malades :

Chez les uns, il n'y a pas d'état panophobique initial. Ce n'est pas l'anxiété qui domine, mais l'objet même de la phobie, si bien que celle-ci devient plus intellectuelle qu'affective. L'anxiété ne suspend pas à son profit l'activité psychique. Le malade analyse son trouble, il en précise les caractères, en discute les conclusions. Et finalement, pour être libéré, il fait jouer certains symboles, accomplit quelques rites qui conjurent le danger d'une façon « magique ».

La phobie n'est donc que la représentation obsédante d'un objet avec anxiété secondaire.

Ces individus présentent tous un fond mental psychasthénique.

Chez les autres, le psychisme tout entier s'efface et disparaît au profit d'une anxiété immense qui absorbe tout et interrompt l'exercice des facultés discursives. L'objet même de la phobie n'apparaît que comme un

prétexte, une fixation de l'anxiété qui s'impose et les malades rentrent dans la catégorie des anxieux dont nous avons déjà parlé.

Telles sont les classifications cliniques des obsessions et des phobies. Nous les admettons, en leur reconnaissant seulement une signification didactique et en insistant sur la fréquence, beaucoup plus grande qu'on ne le croit, d'obsessions, d'impulsions, ou de phobies pathologiques épisodiques apparaissant indépendamment de tout fond mental psychasthénique important. Nous ne croyons pas restreindre la psychasthénie de Janet, en insistant sur le fait que d'on voit souvent survenir un état obsédant avec réaction mentale du type psychasthénique, à titre passager, car nous sous-entendons par là, ainsi que le prouve l'étude du fond mental, qu'il ne s'agit pas d'un équivalent obsédant d'un état maniaque dépressif. Telle est, par exemple, l'histoire de ce malade, ordinairement petit aboulique pusillanime, qui, six mois après la mort d'un enfant survenue dans des circonstances où se trouvait engagée sa responsabilité morale, sinon matérielle, fit un délire du toucher avec doute de « soi », sentiment d'incomplétude, etc... Tout cela disparut quand le conflit affectif latent fut mis au jour.

Les diverses obsessions acquises sont, le plus souvent, à type de phobies ou d'impulsions et l'étude minutieuse des malades montre, fait essentiel, qu'il existe toujours, mais au petit pied, une aptitude morbide du type psychasthénique jusque-là dissimulée. Le conflit psychique, facteur de l'obsession, n'a été

que le révélateur d'une tendance pathologique qui d'ailleurs n'a pu devenir pathogène qu'en l'utilisant.

L'influence révélatrice d'un conflit, l'importance considérable d'un conflit actuel pour déséquilibrer un psychisme jusque-là stable nous semblent importantes à signaler dès maintenant et nous verrons plus tard tout le parti que Steckel a pu en tirer.

En somme, un état psychathénique complet peut exister sans que surviennent jamais des paroxysmes obsédants, et inversement des obsessions peuvent survenir indépendamment, mais en apparence seulement du fond mental psychasthénique.

Nous pouvons résumer cette rapide discussion clinique de la façon suivante :

Les obsessions intellectuelles sont le plus souvent psychasthéniques, rarement acquises et épisodiques et issues alors d'un mécanisme physiologique ou affectif immédiat et transitoire.

Parmi les impulsions, il y a lieu de distinguer l'obsession d'être poussé à faire un acte délictueux ou nuisible de l'impulsion elle-même. Dans le premier cas, il s'agit de malades ayant un fond mental constitutionnel plus ou moins évident, dans le second — qui est rare, — il semble que les impulsions soient l'équivalent d'un état dépressif.

Les phobies doivent être rattachées les unes à la constitution obsédante, les autres à l'anxiété morbide constitutionnelle, quand il ne s'agit pas d'un état actuel en rapport avec des troubles physiologiques acquis.

En définitive, la psychasthénie de Pierre Janet nous semble être une affection autonome, car ce ne peut être le fait du hasard qu'un fond mental identique se retrouve chez la très grande majorité des malades qui présentent des obsessions, des impulsions ou des phobies.

DEUXIÈME PARTIE

PSYCHOGENÈSE DES OBSESSIONS

Cataloguer l'obsession par son objet ou son évolution constitue une tâche intéressante et utile, mais il est indiscutable que l'on doit étudier aussi le mécanisme intime du processus, si l'on veut appliquer une thérapeutique rationnelle, et non plus seulement symptomatique. Or, il existe deux positions diamétralement opposées dans le problème théorique de la maladie obsessionnelle, suivant que l'on voit dans l'obsession un fait physiologique ou bien, au contraire, un phénomène psychologique.

Ainsi, le doute de soi, habituel et élémentaire, peut, à la rigueur, se résoudre en une manière d'être physiologique au même titre (sur le plan affectif), que la débilité mentale ; mais il est difficile de refuser aux obsessions et aux phobies pathologiques complexes une certaine signification psychologique en raison du fond mental de l'obsédé et des symptômes

secondaires associés. Le caractère illogique et mystérieux du processus, ses rapports immédiats avec le mode de vie du sujet, son exacerbation dans certaines circonstances où intervient la morale sociale et familiale, tout cela montre que l'obsession n'est pas seulement une production parasite automatique, mais qu'elle est bien, dans une mesure qu'il reste à préciser, le résultat d'un travail psychologique profond et inconscient, oublié ou méconnu quant à ses origines, mais qui n'en existe pas moins.

D'autres facteurs montrent encore que l'obsession n'est pas un phénomène physiologique banal. Citons, par exemple, le fait si particulier que le malade croit, dans une certaine mesure à la toute puissance de sa pensée et des mots qu'il prononce, puisqu'il trouve des actes et des formules conjuratoires susceptibles d'arrêter l'obsession. N'est-il pas aussi curieux de constater que l'obsédé fait en quelque sorte un retour en arrière, qu'il crée des tabous, qu'il accomplit des actes symboliques tels qu'on les retrouve dans l'humanité primitive, et c'est un point sur lequel a justement insisté Laignel-Lavastine.

Le sentiment latent de culpabilité qui existe chez beaucoup de malades, la répétition des actes qui essaie d'effacer par un luxe de précaution une pensée ou une action jugée néfaste, l'existence enfin de sentiments contradictoires qui ne s'annulent pas, mais vivent côte à côte, tout cela prouve à l'évidence que l'obsession a un sens, qu'elle n'est qu'un symbole.

A un autre point de vue, l'existence souvent constatée chez un sujet normal d'états psychasthéniques ou obsessionnels passagers, dont il est facile de retrouver la cause par une introspection élémentaire, milite en faveur de la thèse qui affirme qu'une théorie psychologique des obsessions est non seulement vraisemblable, mais encore nécessaire.

On objectera peut-être que rien ne prouve que les obsessions épisodiques des sujets normaux soient identiques aux obsessions constatées dans les grands états névropathiques. *A priori*, cet argument n'est pas sans valeur et l'objection doit être retenue, mais l'analyse révèle que les obsessions normales présentent tous les caractères intrinsèques des obsessions pathologiques dont elles diffèrent, non pas qualitativement, mais quantitativement.

L'obsession-remords est l'exemple le plus classique et le plus simple d'une obsession passagère survenant chez un individu quelconque.

Dans le remords, l'individu souffre, malgré lui, d'une faute qu'il a commise et voudrait ne pas avoir commise. Or, le remords en soi est inutile, il survient trop tard, quand les événements que nous regrettons sont entrés dans le domaine du passé et ne sont plus soumis à notre contrôle ou à notre action; bien plus, le remords est préjudiciable à l'individu, en ce sens qu'il arrête le cours de la vie normale et conduit même l'individu à des actes fâcheux, tels que le suicide.

Le remords n'est qu'un conflit intérieur entre l'homme et sa conscience, c'est donc un phénomène

d'ordre psychologique dont l'intensité et les modalités sont fonction de la moralité du sujet.

Analysant le phénomène de remords, on y retrouve toutes les particularités que nous avons signalées à propos de l'obsession morbide. Nous avons dit, en effet, que l'obsession était l'apparition, dans le champ de la conscience, d'une façon involontaire et anxieuse de pensées ou de sentiments parasites qui tendent à s'imposer au moi et évoluent à côté de lui sans être acceptés par l'individu. Le remords est fait, lui aussi, de l'apparition involontaire et anxieuse dans la conscience d'un sentiment en contradiction avec le moi superficiel, sentiments qui tendent à tout accaparer à leur profit, malgré la résistance du sujet qui lutte et se débat désespérément.

Le remords est si bien un sentiment parasite que nombre d'individus invoquent à son propos une sorte de dédoublement et en font la résultante d'une puissance extérieure quasi-divine.

A cela près que l'obsédé pathologique ignore la cause de son obsession, tandis que l'individu en proie au remords n'est pas sans l'ignorer; l'obsession morbide et le remords sont deux états voisins, sinon semblables. Il n'est pas jusqu'au fond mental tout entier qui ne soit identique dans les deux cas : manque de mémoire, paresse devant l'effort intellectuel, impuissance pour agir, rétrécissement du champ de la conscience. L'affectivité n'a plus qu'une tonalité, là, le remords, ici l'obsession.

L'obsession-remords s'il elle traduit bien une lutte,

un conflit intra-psychique n'est pas le seul phénomène obsessionnel qui puisse survenir chez l'individu normal ; comme autre exemple nous allons rapporter le fait suivant, que nous avons observé par hasard chez un malade que nous traitons pour une névralgie faciale essentielle.

Un jour qu'il avait l'air particulièrement soucieux et inquiet, il nous dit : je ne sais pas ce que j'ai depuis trois jours, cela ne va pas. Je ne peux plus prendre de décision sans être obligé de me faire violence. Si j'écris une lettre d'affaire je suis obligé de la recommencer plusieurs fois parce que je ne suis jamais content des formules que j'emploie, et parce que j'ai peur de ne pas être assez explicite. A tout propos, que je monte ou que je descende un escalier, que je lise un livre, que je marche sur le bord d'un trottoir, je me mets à compter en pensant avec une certaine anxiété que, si je trouve un chiffre pair, tout ira bien, mais que si c'est un chiffre impair tout ira mal, alors qu'en fait je n'ai aucun ennui, aucune inquiétude, aucune contrariété.

Ce malade que nous connaissons depuis de nombreuses années, présente habituellement un psychisme normal, sans aucun stygmate psychasthénique. Interrogé longuement, tant sur ses affaires commerciales que sur sa vie privée et familiale, la lumière se fit en lui : J'ai trouvé, dit-il. Comment n'y ai-je pas songé plus tôt ? C'est aujourd'hui le 10 janvier, et vers le 25, il me faudra, comme l'an passé, aller assister à un conseil de famille à propos

d'un enfant mineur, je suis dans une attitude particulièrement fausse et délicate.

Chez notre malade l'état obsessionnel passager traduisait donc l'ennui qu'allait lui occasionner l'obligation familiale de prendre parti pour quelqu'un, alors qu'au fond il aurait voulu faire tout le contraire.

Cet état mental n'est-il pas exactement, mais en petit, l'état mental psychasthénique avec sentiment d'incomplétude, manie de compter et clause magique...

Ces deux exemples, remords et état psychasthénique passager, montrent à l'évidence qu'il est légitime et parfaitement logique de rechercher, à l'origine des grands états psychasthéniques pathologiques et des obsessions, un mécanisme psychogène, un conflit intra-psychique.

Aller dans ce sens n'est pas une entreprise folle et si les résultats que l'on obtient sont parfois surprenants, ainsi que cela arrive avec la théorie sexuelle des névroses de Freud, il n'en reste pas moins que l'entreprise est légitime; que l'on doit la tenter et en apprécier la valeur d'une façon purement pragmatique en dehors de toute idée préconçue religieuse ou doctrinale.

Nous croyons aussi qu'une théorie psychogénétique des obsessions est nécessaire parce que logiquement, on peut en déduire une thérapeutique spécifique. Puisque l'apparition dans la conscience claire des motifs de son inquiétude (conseil de famille)

fit cesser chez notre malade des manifestations psychasthéniques, pourquoi ne pas espérer que la mise au grand jour des conflits qui déterminent une obsession morbide fasse disparaître celle-ci ?

Après ce préambule destiné à montrer l'intérêt qu'il y a à connaître le mécanisme psychologique des obsessions, nous allons maintenant étudier les interprétations psychologiques qui ont été proposées, à savoir la théorie de Pierre Janet et la doctrine psychanalytique de Freud.

Nous croyons nécessaire auparavant d'insister sur le point suivant : pour étudier la psychogenèse de l'obsession, on est obligé de remonter à l'analyse psychologique de l'enfance, car c'est un fait d'observation courante que l'état psychasthénique voit ces premières manifestations survenir en général vers la 7^e ou 8^e année ou même avant. Le conflit déterminant, s'il existe, est donc antérieur à cette date et les efforts du psychiatre doivent porter sur une période de la vie particulièrement lointaine et difficile à explorer. Ceci explique la complexité de la recherche et la nécessité de moyens d'investigation différents des moyens couramment employés en psychologie et en psychiatrie.

CHAPITRE PREMIER

THÉORIE DE PIERRE JANET

Le grand mérite de Pierre Janet est d'avoir admirablement décrit l'état mental de l'obsédé, c'est-à-dire le fond mental psychasthénique qui apparaît, ainsi que nous l'avons vu, en faisant la clinique de l'obsession, comme la condition souvent nécessaire et pourrait-on dire élémentaire de l'état obsessionnel.

« Les névroses, dit-il, sont, avant tout, des maladies
« de tout l'organisme arrêté dans son évolution
« vitale. Ce sont des troubles des diverses fonctions
« de l'organisme, caractérisés par une altération des
« parties supérieures de ces fonctions arrêtées dans
« leur évolution, leur adaptation au temps présent, à
« l'état présent du monde extérieur et de l'individu
« et par l'absence de détérioration des parties an-
« ciennes de ces mêmes fonctions qui pourraient très
« bien encore s'exercer d'une manière abstraite,
« indépendamment des circonstances présentes. »

Si bien qu'au point de vue doctrinal, la psychasthénie et les obsessions s'expliquent par une faiblesse congénitale de certaines fonctions psychiques

et en particulier de cette fonction qui permet de percevoir et d'agir d'une façon satisfaisante dans le domaine des réalités pragmatiques et que Pierre Janet appelle « fonction du réel ».

Cette « fonction du réel » serait la résultante d'une quantité suffisante d'énergie psychique de « tension psychologique ».

Chez le psychasthénique, soit spontanément, soit plutôt sous l'influence d'un état de dénutrition ou d'intoxication de centres nerveux congénitalement fragiles se produit un abaissement de la tension psychologique et le sujet substitue aux opérations mentales, dites normales, des opérations inférieures et exagérées sous la forme de doute, d'angoisse et par des idées obsédantes.

Le point délicat de cette théorie est de faire appel à la notion presque métaphysique de tension psychologique. Cependant, à bien y réfléchir, on retrouve dans la fonction du réel et sa cause déterminante tensionnelle des notions identiques à la tendance autistique mise plus tard en évidence par Bleuler à propos des états schizophréniques. Si par ailleurs on rapproche la conception de la psychasthénie des notions esquissées par Baruk à propos de ce qu'il appelle les troubles du courant de la pensée, on voit qu'au fond la théorie de Pierre Janet est beaucoup plus physiologique que psychologique et que la partie originale de son œuvre a été de montrer qu'elles étaient les fonctions physio-psychologiques troublées pour que des obsessions puissent apparaître.

Le cerveau qui ne doit tout de même pas être considéré comme une entité métaphysique élaborée, à côté de certains phénomènes moteurs sensitifs et sensoriels, des processus psychiques, des phénomènes affectifs et intellectuels complexes, et il existe dans ces processus, qui sont en rapport avec une manière d'être physiologique et dynamique, une certaine hiérarchie. P. Janet place au sommet de cette hiérarchie comme condition indispensable, sinon à l'élaboration, du moins au développement des autres processus ce que l'on pourrait appeler la faculté d'adaptation au réel, il donne donc une théorie physiologique de l'esprit et nous révèle, non pas tant la signification de l'obsession en soi et la signification psychologique de son déroulement, que les conditions nécessaires à son apparition.

En fait, Pierre Janet n'a jamais prétendu faire la psychologie des obsessions, il a seulement voulu étudier la psycho-physiologie des obsédés ce qui n'est pas du tout la même chose et nous lui sommes redevables de deux notions essentielles, à savoir que l'obsession est un mode inférieur de pensée, destiné à remplacer une activité supérieure déficiente et que la tendance psychasthénique est une manière d'être congénitale et physiologique de l'individu.

Si l'on n'admet pas cela on ne comprend rien aux obsessions et nous verrons que les psychanalistes eux-mêmes en arrivent là, car ils sont impuissants à résoudre cette manière d'être congénitale en un processus psychique acquis de la petite enfance, et

doivent eux aussi au bout du compte en venir à la notion de constitution.

Mais il reste le problème de la signification intrinsèque et pittoresque de l'obsession, qui n'a pas été abordé par P. Janet de même nous semble-t-il qu'il a trop laissé de côté le déséquilibre émotionnel (d'origine physiologique) inhérent à l'obsession (Laignel-Lavestine, Claude, Tinel, etc...).

En effet, qu'une tension psychologique basse soit nécessaire à la production d'un état psychasthénique, cela peut se concevoir, mais ce que l'on ne saisit pas, c'est pourquoi et comment un individu déterminé en vient à présenter par exemple un délire du toucher tandis qu'un autre aura des obsessions d'ordre métaphysique.

Pour préciser notre pensée, nous dirons qu'entre la condition psycho-physiologie nécessaire (tension psychologique) et le processus pathologique lui-même (délire du toucher, ou obsessions métaphysiques), il existe une zone inconnue et mystérieuse dont la signification, le but, la logique intime nous échappe.

La conception psychanalytique de Freud, en étudiant justement la psychogenèse affective des processus obsessionnels prétend justement combler cette lacune.

CHAPITRE II

THÉORIE PSYCHANALYTIQUE

Il y a lieu d'abord, ainsi que nombre d'auteurs l'ont remarqué de séparer nettement la psychanalyse, méthode thérapeutique de la psychologie freudienne, doctrine philosophique qui, d'ailleurs, est actuellement en train de se doubler fâcheusement d'une métaphysique.

Cette séparation ne doit pas paraître extravagante puisque la psychanalyse est, avant tout, une méthode d'investigation essentiellement dynamique qui utilise et met en jeu des forces dont on peut parfaitement ignorer l'origine exacte ou la signification profonde.

La psychanalyse est une technique de traitement tandis que le freudisme est une doctrine, chacun sait qu'une psychanalyse bien conduite peut amener la guérison sans que l'on trouve toujours vérifiées certaines affirmations et interprétations théoriques du maître de Vienne.

Sans prétendre faire ici un exposé complet des idées de Freud, nous croyons cependant nécessaire

de rappeler les notions fondamentales de la théorie psychanalytique avant d'aborder spécialement l'étude psychanalytique de la névrose obsessionnelle.

Cela nous semble nécessaire, parce que si on parle souvent et beaucoup du freudisme, même pour le critiquer, on le connaît habituellement mal.

Tout d'abord nous allons rappeler les diverses étapes où s'est arrêté Freud avant d'en arriver à sa conception actuelle de l'esprit humain et des névroses.

Le point de départ, c'est incontestablement l'enseignement de Charcot qui, à propos de l'hystérie, soutenait que le syndrome avait une origine psychique, en un mot que les maladies peuvent avoir une origine psychogène et même que des images mentales devenues inconscientes ou subconscientes peuvent déterminer des troubles fonctionnels.

Fort de ses idées Freud, rencontre Breuer qui lui raconte que par l'hypnose il a guéri une malade, ayant un dédoublement de personnalité, en lui révélant tout ce que dans l'hypnose elle avait raconté concernant son passé. Freud arrive alors à cette opinion que le malade hystérique souffre d'un accident psycho-affectif refoulé et oublié que l'hypnose peut révéler.

Mais l'hypnose n'est pas une chose facile à provoquer, parfois même il est impossible de réaliser cet état, c'est alors que Freud réussit par la violence, par des injonctions pressentes, par des ordres répétés, à

faire revenir à la conscience, claire le souvenir pathogène oublié, ce souvenir étant essentiellement d'ordre sexuel. Mais bientôt Freud s'aperçoit que sans violence, en laissant parler le malade librement, le souvenir oublié se manifeste d'une façon certes dissimulée et lointaine, mais cependant suffisante pour un observateur adroit et intuitif. Nous en sommes arrivés à la psychanalyse telle qu'elle existe actuellement.

Freud remarque que le rêve a, dans certains cas, une signification en rapport avec les préoccupations de l'individu, et il pose en principe que le rêve est l'accomplissement d'un désir et il explique les modalités, déformées et mystérieuses d'un rêve, par les lois de condensation, de déplacement, et d'expression du contraire (1900, *Traité de l'interprétation des rêves*). Puis, de 1901 à 1905, dans la « Psychopathologie de la vie quotidienne », il montre qu'il n'y a pas de hasard, que tout a une signification et qu'en particulier les actes dit manqués traduisent les préoccupations inconscientes.

Approfondissant alors la signification profonde des complexes refoulés, Freud affirme définitivement que l'instinct sexuel est à la base de toutes les névroses, que l'attachement charnel de l'enfant pour le père et pour la mère (complexe d'Œdipe) est un point essentiel de l'évolution affective des individus et que l'instinct sexuel existe dès que l'être existe (in *Trois Traités*).

La théorie de la libido est édifiée, bien que plus

tard un élément nouveau y soit introduit : la peur de la castration (complexe de la castration).

Enfin en vieillissant, Freud perfectionne sa doctrine, il envisage le problème moral et développe la notion du sur-moi qui doit, dit-il, être substituée à la moralité innée des classiques ; sur-moi créé de toutes pièces par les contraintes parentales et sociales, résultat de l'expérience individuelle.

Étudions maintenant l'évolution psychologique et affective des individus.

Pour arriver à la maturité l'individu passe par trois stades :

Un stade intra-utérin ;

Un stade intra-familial qui commence à la naissance ;

Un stade extra-familial, qui débute aux environs de la puberté.

Nous ne savons rien du stade intra-utérin (il n'y a probablement rien à en savoir) encore que pour Freud l'accouchement lui-même qui nous projette de la vie intra-utérine dans la vie intra-familiale, soit l'occasion d'une angoisse première et considérable (Rank).

Mais dès les premières manifestations de la vie intra-familiale, c'est-à-dire dès la naissance, apparaît toute une série de réflexes et de tendances, adaptés à la conservation de l'espèce et dont le but immédiat est la satisfaction de l'individu, satisfaction qui est recherchée dans tous les domaines qui sont à portée de l'affectivité naissante.

C'est une sorte d'appétence, de convoitise pour tout ce qui peut procurer de la satisfaction et du plaisir. Cette énergie dynamique et instinctive, c'est la libido de Freud que Pichon a baptisée du terme heureux d'*aimance*.

La libido. — *La conception de la libido* est un point crucial de l'œuvre de Freud. C'est un dogme absolu, nécessaire et intangible.

La libido n'est pas, comme certains ont voulu le dire, l'équivalent de la poussée instinctive de toutes les facultés psychiques. La libido est, au contraire, essentiellement dirigée vers la recherche du plaisir sexuel et cette recherche du plaisir sexuel est la grande affaire de la vie, non seulement après la puberté, mais dès l'enfance, car il existe une sexualité infantile, dont Freud a précisé les caractères.

« L'instinct sexuel de l'enfant est très compliqué ;
« on peut y distinguer de nombreux éléments de
« source variée. Avant tout il est encore indépendant
« de la fonction de production au service de laquelle
« il se mettra plus tard. Il sert à procurer plusieurs
« sortes de sensations agréables que nous désignons
« du nom de plaisir sexuel par suite de certaines
« analogies. La principale source du plaisir sexuel
« infantile est l'excitation adéquate de certaines
« parties du corps particulièrement sensibles, autres
« que les organes sexuels : la bouche, l'anus, l'urètre
« ainsi que l'épiderme et autres surfaces sensibles.
« Cette première phase de la vie sexuelle infantile,

« dans laquelle l'individu se satisfait au moyen de
« son propre corps et n'a besoin d'aucun intermé-
« diaire, nous l'appelons, d'après l'expression créée
« par Havelock Hellis, la phase de l'auto-érotisme.
« A côté de ces activités auto-érotiques et d'autres
« du même genre, se manifestent très vite chez l'en-
« fant les composantes instinctives du plaisir sexuel
« qui exigent l'intervention d'une personne étran-
« gère. »

L'instinct sexuel est-il donc le seul instinct dyna-
mique ?

Non. Il semble, en effet, qu'il existe dans le moi
d'autres instincts. Jung, dissident de Freud, a
résolu le problème en identifiant la libido à tous les
instincts, à toutes les pulsions instinctives quelles
qu'elles soient. Freud n'est pas de cet avis. Il dit en
effet :

« Nous soupçonnons que d'autres instincts que les
« instincts de conservations libidineux sont à l'œuvre
« dans le moi, et nous voudrions être à même d'en
« démontrer l'existence. Nous regrettons que l'ana-
« lyse ne soit pas encore suffisamment avancée pour
« nous faciliter cette démonstration. Il est regret-
« table que l'analyse ne nous ait permis de démontrer
« jusqu'à présent que l'existence d'instincts libidi-
« neux. Nous nous garderons cependant bien d'en
« conclure qu'il n'en existe pas d'autres (Au-delà du
« principe du plaisir, in Essais de psychanalyse, p.67). »

Pour Freud, la libido est donc essentiellement une
pulsion instinctive sexuelle ; cette pulsion est la plus

puissante et la plus envahissante, c'est elle que l'on retrouve partout et toujours. Elle constitue une entité absolue, mais elle n'épuise pas tous les instincts.

La libido ne résume pas notre vie instinctive, mais c'est un instinct spécial, d'un dynamisme effroyable, qui a bien le droit à l'autonomie. La libido signifie l'énergie des « Sexualtriebe » et ne s'applique pas aux « Ichtriebe » qui, pour moins connus, moins reconnaissables, n'en existent pas moins.

Cependant la psychologie freudienne dans l'état actuel de la science analytique doit se contenter d'être l'étude de la libido et de ses manifestations. Or, la libido évolue, et l'expérience analytique montre que c'est de son évolution bonne ou mauvaise, normale ou anormale que dépend le psychisme adulte.

Cette libido, en soi n'est qu'une force, qu'un effort, vers la recherche du sexuel. Elle doit se fixer sur quelque chose, *elle a besoin d'un objet*.

Au premier âge cet objet c'est l'individu lui-même (auto-érotisme, narcissisme), plus tard ce sont des êtres extérieurs et, au premier chef, les parents, enfin ultérieurement si tout se passe bien, si les différents stades sont franchis sans heurts, la libido se fixe sur un objet extérieur hétéro-sexuel (vie sexuelle de l'adulte normal).

Sur un autre plan la libido est d'abord diffuse, et digestive, plus tard avec le développement physiologique, elle tend à devenir véritablement géni-

tales en passant par une phase narcissique (masturbation), puis par une phase où elle prend un objet génital extérieur en remarquant bien d'ailleurs que dans cette période infantile, la différence des sexes ne joue pas immédiatement un rôle décisif.

L'important c'est le déroulement dans le temps des divers moments de la libido qui doit finalement se satisfaire d'un objet extérieur hétéro-sexuel. Mais le passage d'un stade à un autre ne peut se faire que si le mode de satisfaction antérieur dont on se contentait jusque-là est oublié et rejeté comme insuffisant.

Evolution instinctive de l'individu. — Dans les premiers mois de la vie l'enfant mène une existence purement animale et végétative, il est le centre d'un univers particulièrement restreint qui se limite à quelques objets, au premier rang desquels il faut placer la mère avec laquelle l'enfant s'identifie encore.

Le grand souci inconscient de l'être est de croître et de s'assimiler, mais en même temps, tout ce qui favorise la croissance tout ce qui est assimilé est facteur du plaisir. La libido trouve dans les phénomènes nécessaires à cette croissance une satisfaction élémentaire et elle s'en contente. La libido est donc orientée vers le tube digestif, et tout ce qui s'y rattache.

Freud baptise cette phase du nom désastreux d'érotisme anal pour bien marquer que le plaisir

réside essentiellement dans le bon fonctionnement du tube digestif.

Hesnard, plus logique, appelle cette tendance première de la vie : l'affectivité digestive pré-génitale et il distingue dans l'activité digestive de l'enfant trois tendances foncières qui sont celles de l'instinct égoïste en général.

« Lorsqu'on a l'occasion d'étudier de près les
« manifestations de la vie instinctive infantile aux-
« quelles nous venons de faire allusion, on se trouve
« tout naturellement amené à déceler dans ces
« diverses activités, contemporaines ou originaire-
« ment associées, trois tendances instinctives fon-
« cières, caractéristiques de l'aptitude possessive, ou
« de l'instinct égotiste à posséder, à s'incorporer en
« général, toutes trois des plus intéressantes en ce
« qui concerne leur destinée chez l'adulte : une ten-
« dance captative vis-à-vis du monde extérieur, une
« tendance conservatrice ou conservatrice vis-à-vis de
« tout ce qui a été incorporé à l'organisme ou de tout
« ce qui en fait partie, affectivement parlant, et
« une tendance productive ou tendance à produire,
« à abandonner dans le monde extérieur quelque
« chose de son être (Hesnard). »

La vie instinctive est donc d'abord égoïste et faite de parasitisme.

Mais bientôt en raison de la contrainte apportée par le monde extérieur, suivant le grand conflit qui oppose le principe de la réalité, et le principe du plaisir, l'enfant est obligé de s'intéresser à autre

chose qu'à lui-même, il doit sacrifier ses tendances instinctives au profit de l'ambiance, substituer à son affectivité égoïste, une affectivité altruiste et sociale.

La première contrainte infligée par le monde extérieur, c'est le sevrage qui est double en vérité, car il est à la fois alimentaire et moral.

L'enfant comprend que la mère ne fait pas partie de lui-même, qu'elle appartient au cercle familial et que la nourriture est un don gratuit du monde extérieur.

En même temps il apprend à marcher, à parler, à être propre... Etre propre... c'est au dire de Freud, le grand drame de l'enfance, ce pourquoi on est grondé, ce pourquoi on est puni ; c'est de là que naît, dans une certaine mesure, la notion de ce qui est bien, et de ce qui est mal.

Freud affirme enfin que c'est de la façon dont sont acceptées les habitudes de propreté que résulteraient la méticulosité, l'avarice qui ne sont autre chose que la persistance chez l'adulte de la tendance conservatrice infantile.

Habituellement, ces premiers contacts entre les réalités du plaisir digestif et le principe de la réalité se passent assez bien, mais le problème devient plus complexe quand l'enfant trouve dans le monde extérieur une source de plaisirs chaque jour plus forts et plus nombreux. Il abandonne alors son narcissisme pour prendre son plaisir dans les êtres qui l'entourent, sa libido recherche davantage chaque

jour un objet génital, en même temps qu'apparaissent les composantes instinctives secondaires du plaisir sexuel. Ces composantes instinctives se présentent par groupe de deux, l'une active, l'autre passive, et sont, par exemple, le plaisir de faire souffrir (sadisme) avec son opposé passif (masochisme) ; le plaisir de voir et celui de s'exhiber, etc...

Par ailleurs, l'enfant, suivant l'expression de Wittels, apprend la tendresse de ses parents et c'est l'éducation seule qui érige une barrière et le force à voir comment il doit détourner sa tendresse des parents pour la diriger vers d'autres objets.

Quand l'enfant se rend compte qu'il partage sa mère avec un autre et que cet autre c'est le père, une véritable rivalité amoureuse apparaît entre le père et l'enfant, mais, d'après Freud, ce stade de rivalité serait précédé d'un stade admiratif où l'enfant admire le père qui représente pour lui un idéal magnifique et lointain.

On peut déduire de cette situation paradoxale les sentiments divers par où passe l'enfant, amour pour la mère, admiration du père, haine pour la mère qui préfère le père à l'enfant, haine pour le père, amour du père, etc... (complexes d'Œdipe et d'Electre).

L'enfant doit résoudre heureusement tous ces drames, son équilibre psychique ultérieur en dépend.

Avec cette conception unilatérale du complexe d'Œdipe bien des points restent peu compréhensibles dans l'évolution psychologique des individus, aussi Freud admet-il maintenant qu'il existe un

double complexe d'Œdipe basé sur la bipolarité des sentiments : l'enfant éprouve envers chacun de ses parents aussi bien de l'amour que de la haine et ces deux sentiments, selon la disposition de l'enfant et suivant ses expériences personnelles, se mélangent différemment.

Pendant que l'enfant subissait toutes ces contraintes, et à cause d'elles, quelque chose de nouveau apparaissait en lui et se développait chaque jour davantage : le sur-moi.

Ce sur-moi, conscience morale des classiques, résulte des interdictions, des préceptes, des contraintes infligées à l'enfant par les parents, les éducateurs et par le monde extérieur et admises en vertu d'un certain principe *d'identification* qui fait que l'enfant accepte pour loi les actions et les paroles des individus qu'il aime et qu'il admire.

Freud justifie ainsi à l'égard des parents le principe kantien qui affirme que l'on doit agir comme si la maxime de l'action devait être érigée en loi universelle.

En définitive, l'enfant est un terrain de lutte entre le principe de la réalité et le principe du plaisir, entre le ça et le monde extérieur, entre le ça et le sur-moi. De la violence et des exigences de ce sur-moi vont naître de nouveaux conflits, ceux des tendances instinctives et de la moralité.

Le bon équilibre d'un individu vient donc de la façon dont s'engage la lutte entre les éducateurs et l'affectivité digestive pré-génitale, puis de la manière

dont se liquide le complexe d'Œdipe et enfin de l'influence sur tout cela du sur-moi, c'est-à-dire du principe supérieur de moralité.

Genèse des névroses en général. — Si l'on voulait schématiser avec une certaine exactitude le dynamisme psychique tout entier on pourrait dire qu'en somme c'est de l'évolution de la libido que dépend à peu près exclusivement notre manière d'être psychologique et morale adulte.

L'aptitude de la libido à se déplacer est peut-être le principe le plus important de notre vie mentale, mais ce qui constitue le point délicat du développement psychique des individus c'est que la libido qui est, en soi, une et immuable, se fixe sur des objets dont l'intérêt libidineux n'existe qu'en fonction de l'état actuel du développement physiologique et social de l'individu, si bien que la libido doit successivement se fixer sur des objets qu'elle abandonnera plus tard quand ils ne seront plus en rapport avec un nouvel état de l'individu qui s'achemine vers le mode adulte.

Les troubles névropathiques sont alors dus au fait que la libido est restée accrochée à un objet qu'elle aurait dû abandonner, objet non adéquat à l'individu actuel tant au point de vue physiologique qu'au point de vue social ou moral.

Freud exprime cela nettement quand il affirme que « le névropathe est limité dans son effectivité et dans son activité par le fait que la libido ne trouve pas

d'objet réel, parce que le malade est obligé de la maintenir en état de refoulement et de se prémunir contre ces assauts ».

L'individu ne peut donc progresser dans son essor affectif que s'il a liquidé les conflits engendrés par la sexualité infantile, ainsi l'onanisme traduit une *fixation* au stade narcissique, l'inversion une persistance de la phase homo-sexuelle non différenciée. Un mécanisme différent de la fixation peut jouer, c'est le mécanisme dit de la *regression* par lequel une tendance sexuelle normale disparaît pour retourner au premier objet de la libido.

Conséquences pratiques de la psychologie freudienne.

— Pour Freud, les névroses ne sont donc que les symboles actuels de tendances anciennes. Elles sont dues à des complexes refoulés du fait d'une mauvaise évolution de la libido ; or, ces complexes refoulés peuvent être rendus conscients par une analyse psychologique minutieuse utilisant le symbolisme des rêves et des symptômes morbides et basée sur la disparition de la résistance, du fait du transfert.

« La doctrine du refoulement est la base sur laquelle repose l'édifice de la psychanalyse. Toutes recherches dirigées de manière à connaître le transfert et la résistance et les prenant comme point de départ du travail a le droit de s'intituler psychanalyse même si elle aboutit à des résultats différents des miens » (Freud, 1914).

Nous pensons que cela est parfaitement acceptable.

Freud, plus tard, a exigé que l'analyse remonte jusque dans la première enfance du malade. Cela nous semble assez discutable ou tout au moins difficilement réalisable et nous reviendrons sur ce point tout à l'heure.

Pour l'instant précisons quelques points théoriques concernant l'inconscient freudien, le refoulement et le transfert qui sont à la base de toute thérapeutique psychanalyste.

Freud n'a pas créé la notion d'*inconscient* mais il en a donné une conception si personnelle que nous croyons nécessaire d'en dire un mot ici. « Nous assimilons le système de l'inconscient à une grande antichambre, dans laquelle les tendances psychiques se pressent, tels des êtres vivants. A cette antichambre est attenante une autre pièce, plus étroite, une sorte de salon, dans lequel séjourne également la conscience. Mais à l'entrée de l'antichambre, dans le salon veille un gardien, la censure, qui inspecte chaque tendance psychique et l'empêche d'entrer au salon si elle lui déplaît. Que le gardien renvoie une tendance donnée dès le seuil ou qu'il lui fasse repasser le seuil après qu'elle a pénétré dans le salon la différence n'est pas bien grande et le résultat est à peu près le même. Tout dépend du degré de sa vigilance et de sa perspicacité » (Freud).

Il y a donc dans l'inconscient et des tendances qui n'ont jamais été conscientes parce qu'elles sont retenues par la censure et des pensées ou des souvenirs ou des actions qui ont été conscientes, mais qui ne le

sont plus parce qu'elles ont été refoulées par la censure.

Freud distingue d'ailleurs des faits pré-conscients et des faits inconscients. Les faits pré-conscients sont des faits psychiques latents et non dynamiques, susceptibles de revenir spontanément à la conscience. Les faits psychiques inconscients sont essentiellement des faits psychiques *refoulés* animés d'un dynamisme puissant, mais qui sont du fait de la censure dans l'impossibilité de devenir conscients, à moins de prendre un déguisement qui trompe la censure et d'apparaître sous la forme des rêves, des actes manqués, des névroses.

Par ailleurs, Freud ayant constaté qu'une résistance s'oppose à la réapparition des représentations inconscientes, résistance ressentie par l'analyste qui cherche à remettre au jour les conflits anciens oubliés du malade, nomma cette résistance, la *résistance* et appela *refoulé* les représentations qui sont refoulées hors de la conscience.

La connaissance de cette résistance est un des points essentiels de la psychologie freudienne et nul ne peut nier qu'il existe au fond de chacun de nous des faits psychiques profonds que plus ou moins inconsciemment nous ne voulons pas voir revenir à la conscience claire.

Comme Wittels le dit très bien, « il se trouve toujours des spécialistes qui pensent : à quoi bon ces analyses interminables ? Dans le premier quart d'heure, je tire du malade tout ce qu'il a à dire.

En réalité — sans le savoir lui-même — le malade oppose au médecin qui l'interroge une résistance opiniâtre et multiforme, que la psychanalyse doit vaincre par un travail pénible et au moyen d'une technique difficile, pour arriver à faire surgir les représentations inconscientes ».

Cette résistance est vaincue par le phénomène de *transfert*. Grâce au transfert le malade n'est plus seul dans sa lutte silencieuse et terrible, l'inconscient choisit le médecin comme frère, comme père, comme ami, il revit avec lui la terrible expérience passée, il le met à la place des autres, de ceux avec qui il a dû lutter, de ceux par qui il a souffert, de ceux qu'il désire.

Ce transfert est absolument indispensable à l'investigation psychanalytique, sans lui on le comprend aisément, la résistance ne peut être vaincue et les complexes refoulés remis en lumière.

Les obsessions et la psychanalyse. — Pour l'exposé de la conception analytique des obsessions, nous nous référerons surtout au travail de Borel et Cenac, car ces auteurs sont des psychanalystes à la fois modérés et orthodoxes.

L'hypothèse directrice de Freud tient évidemment en ce fait que les obsessions, malgré leur absurdité apparente, ont une signification bien définie et une valeur en soi ; en un mot qu'elles correspondent, ainsi que le fond mental de l'obsédé, à une nécessité et non au hasard.

L'analyse montre en effet que chez les psychasthéniques et les obsédés, il existe des refoulements, mais — fait essentiel — ce sont des refoulements incomplets qui portent sur les éléments représentatifs seuls tandis que subsiste la réaction affective accrochée à eux.

En même temps que ces refoulements, l'analyse révèle un mode de pensée très spécial que Freud a nommé « pensée compulsive » et qui traduit l'existence d'un compromis entre les représentations refoulantes et les représentations refoulées.

Les éléments refoulés seraient, dit Freud, des fautes commises par le « moi » instinctif, lors de la phase sadico-érotico-anale de la sexualité infantile (1 à 2 ans).

C'est le « sur-moi » qui impose ce refoulement.

Le « sur-moi », c'est l'élément social et moralisateur par excellence, antagoniste des pulsions instinctives primaires qui marquent la première phase de la vie sexuelle des individus. Ce « sur-moi » est fait d'éléments réducteurs et compensateurs, provenant de l'action des parents ou des éducateurs.

Chez l'individu dont l'évolution psychique est normale, le « sur-moi » domine facilement le « moi » qui se soumet sans trop de difficultés et sans trop de luttes.

Chez l'obsédé, il n'en va pas ainsi, car le « sur-moi » se montre si sévère, si cruel et si injuste que le « moi » ne peut s'y soumettre.

La violence du « sur-moi » au point de vue patho-

logique s'extérioriserait par des impulsions ou des obsessions, tandis que la souffrance du « moi » qui ne peut se résoudre complètement à être dominé, se traduirait par des sentiments de culpabilité, de doute ou par des processus d'auto-accusation.

Borel et Cenac comparent le conflit intra-psychique des psychasthéniques à un procès criminel où « le moi juge assiste successivement aux plaidoiries du « ça » (moi instinctif) et au réquisitoire du « sur-moi » (Ministère Public) ».

Développant leur comparaison, ils ajoutent : « Ni les arguments invoqués par le « ça », ni les punitions et les réprimandes réclamées par le « sur-moi » n'arrivent à entraîner la conviction du juge et le procès se déroule sans qu'un jugement puisse être prononcé. »

La raison qui empêche le « moi » de se soumettre au « sur-moi » tyrannique et despote, c'est que le « sur-moi » lui-même apparaît d'une probité discutable si bien que son autorité semble peu légitime.

La formation de ce « sur-moi » particulièrement fort est assez difficile à saisir et les explications de Freud sont assez confuses.

Le « moi » idéal serait l'héritage et la résultante du complexe d'Œdipe. L'enfant tend inconsciemment vers une identification avec le parent haï et en essayant de l'imiter, accepte et s'assimile ses complexes, ses ordres et ses défenses.

« Le supermoi s'efforce de reproduire et de conserver le caractère du père et plus le complexe d'Œdipe sera fort, plus vite (sous l'influence de

« l'enseignement religieux, de l'autorité, de l'instruction, des lectures) s'en effectuera le refoulement, plus forte sera la rigueur avec laquelle le supermoi règnera sur le « moi » en tant qu'incarnation de scrupules de conscience, peut-être aussi d'un sentiment de culpabilité inconsciente. » (Freud).

Mais pourquoi ce complexe d'Œdipe est-il si fort ?

Et les hypothèses engendrent les hypothèses...

Donc, que ce soit pour une raison ou pour une autre, l'obsédé, doit, d'une part, vivre dans le présent et se soumettre à toutes les nécessités de l'existence; d'autre part, régler un conflit ancien que son arriération affective l'empêche de liquider.

En définitive, le psychisme de l'obsédé est caractérisé par la présence d'éléments affectifs anciens, évoluant à côté du « moi » actuel. Chez l'individu normal, il y a prévalence de l'actuel, chez l'obsédé prévalence du passé. Le fait que l'individu est plus occupé par son passé que par son présent correspond à ce que Pierre Janet nommait la « perte de la fonction du réel ».

Mais comment un conflit qui est une lutte entre le premier « moi » purement instinctif (le « ça ») et un nouveau « moi » social que les parents et les éducateurs s'efforcent de créer (« sur-moi ») peut-il garder une force suffisante pour engendrer un conflit qui persiste chez l'adulte.

Freud répond en affirmant que tantôt l'individu est resté au point de vue instinctif à un stade pré-génital, tantôt qu'il y retourne par voie de régression.

Cette fixation ou cette régression affective qui apparaît suivant l'expression même de Borel et Cenac « pour des raisons sans doute congénitales et constitutionnelles », résulterait aussi de ce que Codet, Laforgue et Pichon ont étudié sous le nom de « schizonaïa », à savoir que le conflit, de par son origine pré-logique et uniquement affective, a pour caractère essentiel d'être étranger au mode de pensée logique et rationnelle de la vie.

Freud, à ce propos, décrit les étapes diverses du développement psychologique des individus.

Une chose domine au début : l'absence de langage. De cette absence de langage découle une logique différente de la logique formelle qui a besoin, pour fonctionner, de l'architecture des mots. Aussi, dans les premiers stades de la vie, l'enfant utilise-t-il une forme primitive et simplifiée de la pensée — pas d'abstraction, mais seulement des faits et des sensations concrètes. Ce sont des images qui sont emmagasinées dans la mémoire. Il y a prédominance de « l'affectif » sur l'élément « intellectuel » et « abstrait » qui n'apparaîtra que plus tard avec les mots.

Forts de cette affirmation, les psychanalystes ne s'étonnent plus que ces conflits issus du jeune âge gardent quelque chose de la forme d'activité psychologique qui existait lorsqu'ils se formaient. Ils ne s'étonnent pas non plus de les voir garder une force étrange qui se perpétue parfois toute la vie parce que lors de leur apparition, le « moi » infantile était en union intime avec les instincts de l'être.

En définitive, après cet exposé, on peut dire que l'obsession est la forme travestie d'un fait ancien oublié par le conscient, non-accepté par le « surmoi » et refoulé par lui. Ce travestissement est fait de telle sorte que la pulsion refoulée est méconnaissable et qu'en même temps sa manifestation actuelle est illogique et sans rapport aucun avec les événements actuels, mais satisfait pourtant partiellement le « surmoi » impitoyable et cela avec le minimum de frais pour le « moi ».

Restent à expliquer toutes les manifestations si curieuses qu'accomplissent les obsédés pour lutter, disent-ils, contre leur obsession. Accomplissement répété d'un certain acte, rites divers, trucs et cérémoniaux de défense souvent pittoresques.

Ces moyens plus ou moins symboliques seraient la traduction actuelle des moyens employés par le « moi » pour que l'acte délictueux n'ait pas eu lieu ou soit effacé. Ainsi, par la multiplicité et la généralisation des moyens de défense et des rites, l'obsédé s'efforcerait d'acquérir la certitude que l'excès même des mesures employées constitue une garantie, une sécurité relatives, une punition dont le « surmoi » tyran se contentera.

Quant aux obsessions acquises, elles ne seraient pas différentes. Le choc affectif qui les provoque, en réalisant un conflit actuel, produit une effraction, une faille dans un inconscient en équilibre instable où la lutte du « ça » et du « surmoi » n'est pas complètement terminée, mais où cependant le « surmoi » n'est

pas capable d'actualiser des conflits latents anciens et inoffensifs.

Réflexions sur la théorie analytique des obsessions.

— Il n'est pas dans notre intention de refaire ici une critique dogmatique et théorique du freudisme. C'est en pleine conscience, et résolument, que nous nous refusons à discuter, après tant d'autres, la notion de sexualité infantile, la valeur et la signification du transfert, le sens et la prévalence de la libido, car nous estimons que ce sont là de vaines discussions sur lesquelles il est impossible rationnellement de s'entendre, même entre gens de bonne foi et, de plus, désintéressés. Sur ce sujet de psychologie discursive on ne peut pas plus se mettre d'accord que sur le problème de l'immortalité de l'âme ou sur la question de l'existence de Dieu. Il intervient là une certaine qualité de sentiments et de foi en même temps qu'une absence complète de faits d'observation, qui rendent la discussion inutile.

Pour notre part, nous sommes dans l'ensemble favorable aux idées freudiennes et nous ne pensons pas que l'on puisse, de bonne foi, refuser aux obsessions une signification symbolique.

Nous croyons aussi, et l'expérience le prouve, que dans l'inconscient de l'homme il persiste des souvenirs et des conflits anciens, que ces conflits sont le plus souvent de nature sexuelle sinon génitale, qu'ils s'ordonnent assez souvent suivant les grandes lignes de la psychologie freudienne et qu'ils ont enfin un

dynamisme propre qui les rend souvent pathogènes. Là, à notre avis, doivent s'arrêter les certitudes. Plus loin il s'agit d'interprétations personnelles qui, comme tous les phénomènes d'ordre spéculatif, sont respectables mais ne doivent pas, *à priori*, prétendre à une signification universelle.

Ce que, par exemple, nous refusons d'admettre, c'est que l'analyse des névroses doive s'occuper exclusivement de l'affectivité digestive pré-génitale. L'entreprise, théoriquement, est peut-être possible, mais nous dirons cependant avec Steckel :

« Comment admettre que puisse éclater dans une
« âme à un âge aussi tendre le conflit de la morale et
« de l'instinct, ou que cette âme ait été simplement
« impressionnée en découvrant l'existence de la
« double morale, de la morale des apparences. »

Une telle psychanalyse, qui cherche à remonter si loin, est dangereuse et incertaine, parce que l'on n'a que faire de souvenirs arrachés par force à une mémoire suggestionnée.

L'obsédé est, par définition, un inquiet et un douteur et l'on comprend sans peine que le fait de révéler à un tel individu qu'il est un pervers inconscient et un anormal instinctif et affectif ne soit pas sans danger.

« Les analyses qui remontent jusqu'à la naissance
« sont une entreprise héroïque. La patience incon-
« cevable de Freud, qui a fait de cette manière
« quelques-unes de ses découvertes les plus magni-
« fiques, appartient aux exploits glorieux de l'esprit

« humain. Mais faut-il en faire un pont aux ânes ?
« Les intérêts de la science se séparent ici de ceux de
« la pratique. Freud l'a lui-même reconnu à plusieurs
« reprises » (Wittels).

Si nous rejetons après beaucoup d'autres la psychanalyse en profondeur, ce n'est pas pour des raisons de doctrine ou de parti pris, mais uniquement parce qu'une telle psychanalyse nous semble irréalisable.

Nous nous permettons cette affirmation, parce que nous sommes persuadés que l'on ne peut vraiment discuter de la psychologie freudienne ou para-freudienne sans être passé soi-même par les affres de l'analyse ; nous les avons subies, car c'est le seul moyen de toucher du doigt les mécanismes fondamentaux découverts par Freud.

Or, Adler, Zung, Steckel, Wittels, etc... ont, eux aussi, été psychanalysés et pourtant ils ont abandonné le vieux maître viennois... Alors !

Le but de la médecine mentale, comme celui des autres branches de la médecine, est de guérir le plus possible de malades, et non quelques rares malades.

La psychanalyse en profondeur, à la Freud, est une méthode d'exception applicable seulement à de très rares individus, oisifs, et complaisants. Ces malades sont aussi des cas d'exception, dont les troubles ne sont pas susceptibles de rentrer dans les classifications psychiatriques, ce sont des pervers génitaux plus ou moins mythomanes et inoccupés.

La cure psychanalytique dure un temps considérable (5 ans dans un cas de Freud) et le pourcentage de

guérisons obtenues est faible, car, coïncidence bizarre, le malade disparaît toujours au bout d'un temps plus ou moins long, soulagé peut-être, mais non guéri. En examinant par exemple les statistiques de Laforgue, on a l'impression que les résultats obtenus ne sont ni meilleurs ni pires que ceux de la psychothérapie ordinaire.

Dans la littérature psychanalytique, nous n'avons pas trouvé un seul cas de psychasthénie, vraie et franche, véritablement guéri ou amélioré.

Par ailleurs, comme il est bien évident que nous portons tous en nous plus ou moins le complexe d'Œdipe ou quelques reliquats de la phase sadico-érotico-anale, mais que hors quelques cas exceptionnels, ce sont des conflits actuels qui nous rendent inaptes à vivre une vie psychique normale, il faut une thérapeutique expliquée, une autre méthode que l'analyse orthodoxe. Il nous a semblé que la psychanalyse en surface inspirée de Steckel méritait d'être retenue et d'être prise en considération. Nous avons du reste maintes fois appliqué cette méthode et souvent avec des résultats rapides et excellents.

CHAPITRE III

THÉORIE PSYCHANALYTIQUE DE STECKEL

Steckel fut un des plus remarquables élèves de Freud, mais son habileté à interpréter les rêves était si grande, son intuition si puissante et si fine, que Freud en prit ombrage et se sépara de Steckel, dès 1912, sans expliquer pourquoi.

Depuis, Steckel a considérablement évolué. Faisant avant tout, œuvre de Thérapeute il a réuni une quantité extraordinaire d'observations et de documents analytiques qui sont d'un intérêt pratique immense.

Au point de vue théorique, Steckel pense que certains conflits pathogènes peuvent ne pas être de nature sexuelle, encore qu'ils le soient le plus souvent. Il ne croit pas non plus à l'inconscient freudien, mais à un sub-conscient où les phénomènes sont plus annulés que refoulés.

Le refoulement (qui est rare) résulte, pour lui, d'une cécité partielle qui empêche de regarder une certaine partie de l'âme, tandis que l'annulation est

caractérisée par le fait que le malade qui connaît l'événement traumatisant à l'air de l'ignorer.

Pour Steckel, l'infantilisme psycho-sexuel et la sexualité de l'enfance sont restés choses capitales, mais il affirme qu'il n'existe pas de névroses actuelles au sens freudien, c'est-à-dire de névroses dues à une forme nocive de la vie génitale adulte, tandis qu'il estime que des conflits psychiques actuels peuvent être facteurs de névrose. Il croit aussi que chaque individu tient dans son inconscient un idéal secret qui se trouve souvent en protestation contre la réalité. L'idéal secret est une construction de la première enfance qui provient du complexe d'Œdipe, du narcissisme ou de la peur de la castration ; tous nous portons en nous ces complexes, mais hors quelques exceptions, nous ne devenons inaptes à vivre, qu'en raison d'un conflit actuel, ou datant de la seconde enfance.

Si le conflit actuel est résolu la situation s'éclaircit et se stabilise.

Steckel en est arrivé là parce qu'il a analysé un nombre considérable de malades. C'est la pratique psychanalytique qui lui a montré que les conflits psychiques actuels avaient une importance fondamentale, et que l'investigation psychanalytique des toutes premières années de la vie est chimérique, ainsi que la littérature psychanalytique orthodoxe le prouve.

On a objecté que Steckel, avec sa méthode analytique portant sur les faits actuels, éloignait peut-être

les symptômes les plus marquants de la maladie mais qu'il ne guérissait pas l'aptitude à la névrose. Oui, mais n'est-ce pas suffisant.

« Rappelons-nous, dit Wittels, ce mélancolique qui
« pleurait sans le savoir sa fille qui avait quitté la
« maison en se mariant. Si, par un court travail, je
« laisse cet homme devenir conscient de la région où
« se trouve le conflit, je n'ai certes fait qu'écarter le
« symptôme, c'est-à-dire l'humeur mélancolique.
« Pour l'immuniser contre un retour du mécanisme
« nerveux il faudrait une longue analyse dont le
« résultat serait du reste douteux. Mais, au cours de
« sa vie, mariera-t-il jamais de nouveau sa fille aînée
« dont la jeunesse en fleur devait remplacer l'insipi-
« dité d'une épouse vieillissante ? Si nous savons
« éloigner un symptôme aussi terrible, nous pouvons,
« dans la plupart des cas, nous tranquilliser en tant
« que praticiens. »

Steckel, enfin, pratique une psychanalyse active, c'est-à-dire qu'il atteint continuellement le malade en inférant activement ses complexes. C'est une méthode délicate qui demande un doigté spécial et une intuition particulièrement fine, mais le temps gagné est considérable. Tandis que Freud poursuit des analyses durant plusieurs années, Steckel lui, obtient des résultats satisfaisants, en quelques mois tout au plus.

En résumé, analyse superficielle, et analyse active, en vue de trouver un conflit actuel ou relativement récent, ce sont là les caractéristiques essentielles de la

psychanalyse suivant Steckel qui admet, par ailleurs, nombre de mécanismes freudiens.

A propos de la maladie obsessionnelle, Steckel estime que toute obsession résulte de l'annulation d'une réalité.

Le « moi », dit-il, sait ce qui s'est passé mais comme cela lui est pénible il agit comme si rien ne s'était passé.

Cette réalité annulée constitue le secret qui se manifeste symboliquement par les obsessions.

Citons un exemple : un jeune homme a de fortes raisons de soupçonner qu'il n'est pas le fils de son père légal, et il sait qu'autrefois sa mère partait fréquemment en voyage, en sleeping, au même jour et aux mêmes heures qu'un homme politique important que l'on soupçonnait être son amant. Eh bien ! à chaque fois que ce jeune homme est dans un train, dans un hôtel, dans un appartement peu connu, il a l'obsession-impulsion d'aller frapper aux portes, faute de quoi il arrivera, pense-t-il, quelque chose de fâcheux à telle personne qu'il aime.

Steckel explique cela, en disant que le malade veut ignorer l'inconduite de sa mère, et qu'en accomplissant l'acte de frapper aux portes, il se donne l'illusion de défendre la vertu de sa mère et de venger l'honneur de son père.

Ce secret dont nous venons de parler concerne toujours le père, la mère ou les éducateurs et c'est là qu'apparaît l'idée originale de Steckel, qui affirme

que l'obsession traduit un moment critique de la formation du « sur-moi », en ce sens que les éléments déterminants du « sur-moi » ne se sont pas conformés personnellement à l'étalon de moralité qu'ils enseignaient.

La raison d'être de la maladie tient alors en cette formule : « Tu m'as inculqué une morale à laquelle tu exigeais que je conformasse ma vie, mais tu ne t'y es pas astreint toi-même. Je te condamne comme tu devrais te condamner, mais je veux cependant oublier tout cela parce que je t'aime et que je t'admire malgré tout. »

La maladie est une protestation contre la réalité sous toutes ses formes, une lutte contre le temps et les devoirs. Ce qui a un caractère d'infini — le temps — prend le caractère du fini par des limitations qui le transforment et le fini — les rites quotidiens — s'amplifie démesurément. On ne vient jamais à bout de se laver, de s'habiller. Cela absorbe toute la durée disponible, d'autant que chacune de ces opérations doit être recommandée en vertu du doute et chaque geste répété sous prétexte que la ferveur prescrite y a fait défaut.

L'idéal de la vie est donc de pouvoir revenir en arrière, à l'époque du plaisir infantile où aucune interdiction, aucun obstacle venant du réel n'existait encore.

L'obsession survient, en somme, chez des enfants issus de parents mal assortis, s'entendant mal, dont

la conduite intime laisse à désirer et qui ne sont pas des modèles d'idéals.

Cette appréciation est probablement juste, mais il faut remarquer cependant que tous les enfants issus de ménages discordants ne sont pas parapathiques, et que pour juger et apprécier un modèle, il faut porter en soi des éléments de comparaison, si bien qu'en définitive il faut admettre qu'il existe chez certains d'entre les hommes une manière d'être constitutionnelle et une sorte de morale fondamentale et primitive qui est l'héritage des ascendants.

Il nous faut maintenant aborder un problème important. Steckel sépare en effet complètement les phobiques des obsédés et il réunit dans un même groupe la névrose d'angoisse et les phobies (là aussi il s'oppose à Freud qui distingue une névrose d'angoisse due à une forme nocive de la vie sexuelle actuelle et les phobies et les obsessions, manifestations d'un conflit ancien). La raison qui a poussé Steckel à séparer ces deux manifestations psychopathiques est la suivante : chez les phobiques comme chez les obsédés, il y a habituellement une clause dite de mort, mais cette clause n'est pas identique dans les deux cas. « Si je ne fais pas trois fois le tour de cette place, dit l'obsédé, telle personne que j'aime mourra. » « Si je fais le tour de cette place, dit le phobique, il va m'arriver malheur. » Dans le premier cas, tout est objectif et altruiste ; dans le second subjectif et égoïste.

Partant de ce fait, Steckel affirme que l'obsédé

est un individu dont la formation du « surmoi » a été entachée d'une forme des éducateurs, tandis que le phobique est prédisposé corporellement et psychologiquement à entrer en conflit avec la réalité du fait même de la forme de sa vie instinctive. Ce conflit se produisant le plus souvent entre le « moi » idéal et la sexualité.

La phobie est un compromis dans cette lutte. C'est un armistice imposé grâce à l'angoisse.

La phobie, comme la névrose d'angoisse, est la maladie de la mauvaise conscience et c'est la peur de rendre des comptes qui fait que l'individu dirige la clause de mort contre lui-même.

En somme, chez l'obsédé, c'est le « moi » qui juge le « sur-moi » ; chez le phobique, c'est le « sur-moi » qui juge le « moi » et le conflit ne se règle pas du fait de la constitution du malade.

Que penser de tout cela ?

Cliniquement, ainsi que nous l'avons montré, il existe des phobies acquises et spécifiques avec un fond mental fait seulement d'anxiété et c'est dans cette catégorie que rentre la majorité des malades de Steckel ainsi qu'on peut en juger par les observations qui illustrent son ouvrage sur les états d'angoisse nerveux. Mais il existe aussi des phobies chez des malades dont le fond mental est identique à celui des obsédés, en un mot des phobies psychasthéniques. Il existe même souvent des cas où les clauses de mort sont doubles et touchent tantôt l'individu lui-même, tantôt autrui.

Ne peut-on faire un compromis et admettre que, tandis que chez l'obsédé, la base de l'affection est un secret annulé concernant les fautes d'un éducateur, chez le phobique psychasthénique le secret est double et concerne des fautes du « moi » chez un sujet dont la formation du « sur-moi » a été défectueuse.

Nous allons rapporter maintenant l'observation et l'analyse succincte d'un malade qui nous semble particulièrement intéressant.

Paul est un grand psychasthénique avec sentiment généralisé de doute et d'incomplétude se manifestant dans tous les actes de la vie, et rendant l'existence sociale possible, en raison seulement de la bonne volonté évidente de la famille et des employeurs. Ce malade présente, en outre, une phobie habituelle de la tuberculose avec paroxysmes fréquents.

Cet homme est marié, sa vie familiale est invraisemblable et pour éviter tout contact direct ou indirect, il fait lui-même sa cuisine et son ménage.

La première manifestation psychasthénique date de l'âge de onze ans. Lors de sa première communion, le malade se sauve pendant l'office parce qu'il a peur d'avoir oublié un péché à confesse et parce qu'il a la crainte de ne pouvoir arriver à se confesser correctement.

La phobie de la tuberculose, elle, s'est manifestée pour la première fois à l'âge de vingt ans, peu de temps après la lecture d'un livre où les souillures

morales et les fautes de conscience étaient assimilées à des maladies microbiennes et honteuses.

Les paroxysmes phobiques ont ceci de particulier qu'ils sont surtout déterminés par la présence ou le contact des femmes et des enfants.

Un enfant bute dans ses jambes, dès lors il se dit : « Cet enfant est peut-être malade — ses vêtements m'ont touché — il y a donc sur moi des microbes — ces microbes sont ceux de la tuberculose, etc... » et l'obsession de la tuberculose persiste des heures ou même des jours jusqu'à ce que le malade ait pu la chasser en accomplissant un cérémonial compliqué (non infallible) qui consiste à répéter sept fois : « Je ne suis pas tuberculeux », ou bien le contraire « je suis tuberculeux », en même temps qu'il applique ses mains croisées sur son ventre.

Si le contact se produit avec un homme quelconque il n'y a pas, sauf exception, de phobie, mais si c'est une femme, la phobie apparaît, accompagnée d'un cérémonial de défense particulier, qui est de se laver les mains et le corps sept fois de suite.

Durant les premières conversations analytiques nous n'apprîmes que fort peu de chose. En insistant cependant, nous pûmes savoir que le milieu familial était mauvais et que l'entente ne régnait pas entre les parents du fait de l'intempérance du père.

Un jour (l'analyse durait depuis 6 semaines déjà) le malade apporte un rêve particulièrement important.

« J'étais avec ma mère, nous visitons un Zoo en

Allemagne, les autruches venaient manger dans ma main, mais refusaient de prendre la nourriture quand c'était ma mère qui la leur offrait. Nous entrons dans un bâtiment, c'est une salle d'hôpital avec des lits vides ou presque. A ce moment ma mère n'est plus avec moi, elle est devant moi avec un homme, qui n'est pas mon père ; ils causent familièrement. Pour sortir de la salle il faut escalader deux lits ; dans un de ces lits se trouve mon père. L'homme qui est avec ma mère passe facilement, et s'en va sans s'occuper d'elle. Ma mère essaye plusieurs fois de franchir le lit, mais elle ne peut y parvenir. Elle appelle au secours, j'arrive, j'essaye de l'aider mais mes efforts sont inutiles. Quelques instants après cependant ma mère franchit l'obstacle et se sauve en courant. Alors je ne sais comment je me retrouve avec ma mère, au dehors du bâtiment. La robe de ma mère est changée, elle est en peignoir ; elle pousse un cri en me voyant et me prend dans ses bras, nous rions, je me réveille. »

Ce rêve indiquant nettement une inconduite maternelle nous interrogeâmes le malade dans ce sens. Une résistance des plus nettes se fit sentir mais deux séances plus tard le malade, spontanément, se souvint, que plusieurs fois, alors qu'il avait de 5 à 8 ans, sa mère quitta la maison pour partir avec des hommes du village et il nous affirma que jusqu'à ce jour, il avait véritablement oublié ce fait important.

La maladie devenait alors tout à fait significative.

Le doute général de « soi » et le sentiment d'incomplétude, traduit l'incertitude du malade quant à la

ligne de conduite à adopter, au point de vue moral, et cela en raison de la discordance existant entre les préceptes moraux enseignés par les parents et la propre conduite de ceux-ci.

La phobie de la tuberculose, dont la systématisation n'est que d'apparition naissante, symbolise le désir que la mère ne soit pas coupable, tandis que les cérémoniaux de lavages visent à l'effacement de la faute.

Les gestes destinés à combattre la phobie tuberculeuse née du contact d'un enfant et consistant à appliquer fortement les mains sur le ventre, signifient la peur de l'enfant de voir sa mère, enceinte, au retour d'une escapade.

La mise en lumière chez ce grand psychasthénique, obsédé et phobique, de tous ces complexes oubliés fit disparaître complètement la phobie de la tuberculose, mais malgré tous nos efforts le fond mental psychasthénique ne s'effaça pas complètement.

Une telle observation nous semble montrer à l'évidence l'intérêt de la thérapeutique analytique dans la maladie obsessionnelle.

Après ce que nous venons d'exposer il semble que l'on puisse donner des obsessions et des phobies l'interprétation psychologique suivante :

Obsessions et phobies ont un sens tout comme le fond mental psychasthénique et traduisent un secret, un conflit intra-psychique annulé dont ils sont symboliquement la traduction, l'assouvissement ou la punition. Ce secret concerne les fautes commises par

ceux qui sont chargés par leur exemple et leurs propos d'inculper au sujet la notion de morale et d'idéal (fond psychasthénique, obsessions). Il s'y surajoute souvent des fautes propres du « moi » dont le compte ne peut être réglé du fait de l'imperfection et des tares du « sur-moi » (phobies). De toutes façons, il existe un conflit intrapsychique qui ne peut être réglé et oublié du fait de l'arriération affective du sujet, conflit dont la liquidation accapare sans cesse l'individu, le plonge dans le passé et efface les réalités actuelles.

Tout le problème des obsessions est-il résolu par cette théorie psychologique ; non ; car Freud comme Steckel invoquent en dernières analyses comme conditions indispensables à l'apparition de l'obsession, une arriération ou une régression affective sans laquelle un conflit intra-psychique n'aurait jamais pu devenir pathogène et surtout le rester.

N'importe qui ne peut pas devenir un obsédé il faut une constitution spéciale pour que puissent jouer et se développer les mécanismes psychogènes que nous venons d'exposer. La théorie psychanalytique des obsessions est probalement valable pour expliquer les modalités et le déterminisme pittoresque de l'obsession elle ne va pas plus loin, elle n'en pénètre pas la nature même.

Freud lui-même après avoir affirmé que la base de l'obsession était la fixation de l'affectivité à la phase sadico-érotico-anale, doit reconnaître, à son corps défendant, car c'est une concession fâcheuse qui

enlève de l'universalité à sa doctrine, que cette fixation ne se conçoit que par une manière d'être physiologique, innée.

Nous devons donc dire avec Michaelis :

« De même que certains individus agissent bien
« parce que leur nature est ainsi faite qu'ils ne
« peuvent agir autrement, de même il en est qui
« ont réussi à s'imposer un idéal, tandis que d'autres
« vivent sans avoir la moindre notion d'un monde
« dépassant les limites de leur existence instinctive
« et impulsive. »

Steckel aussi a écrit :

« Il faut nous garder de cette vue étroite, unilatérale qui se borne à considérer la structure psychique
« des obsédés, sans y joindre l'examen de leur constitution physique. J'ai déjà soutenu bien souvent
« que les parapatiques sont des phénomènes de contre-coups ataviques : je n'ai pas dit « de dégénérescence », car j'estime que le génie lui aussi est un
« de ces phénomènes d'atavisme. — Les maladies obsessionnelles sont issues de mariages malheureux,
« de mariages qui impliquent déjà les éléments d'une
« hérédité biologique grosse de contradictions. »

La maladie obsessionnelle, malgré l'ingéniosité de tous les mécanismes psychologiques que nous avons étudiés ne peut donc apparaître que sur une constitution favorable et spéciale.

Sans cette constitution, on ne comprend pas la régression ou l'arriération affective de Freud, l'hyper-

sensibilité du « moi » qui juge le « sur-moi » et ne peut liquider le conflit en même temps que la prédisposition native au conflit avec la réalité de Steckel.

Et nous ne sommes pas si loin, en somme, de la vieille théorie de Pierre Janet.

TROISIÈME PARTIE

PHYSIOPATHOLOGIE

DE LA

CONSTITUTION PSYCHASTHÉNIQUE

CHAPITRE I

**GÉNÉRALITÉS SUR LES CONSTITUTIONS
MORBIDES**

Nous venons de voir à propos des obsessions et du fond mental dit « psychasthénique » qu'il était indispensable en dernière analyse, de faire appel à une manière d'être originelle et permanente du psychisme, à une constitution particulière : la théorie des constitutions psychopathiques, perfectionnement de la vieille théorie de Morel, développée plus tard par Magnan et de nouveau à l'ordre du jour avec les travaux de Bleuler, Dupré, Delmas, etc. et aussi les études de Kretschmer, Pende, Sigaud, Cor-

man, ces derniers auteurs affirmant qu'il existe une correspondance entre les formes du corps, l'activité psychique et le mode réactionnel général de l'individu vis-à-vis du monde extérieur.

Pour définir la constitution morbide, le mieux est de dire qu'elle représente une manière d'être permanente de l'individu qui constitue un terrain propice au développement de certaines affections, à l'exclusion relative des autres. C'est ainsi que sur le plan neuro-psychiatrique, la constitution morbide se traduit par des troubles affectifs et cénesthésiques sans altération de l'intelligence. Troubles en général peu accentués qui s'exagèrent en paroxysmes à l'occasion de chocs affectifs, d'altérations organiques ou même sans cause décelable.

Bleuler décrit par exemple, en fonction de l'adaptation au réel, 2 grands types humains :

Le type schizoïde non adapté qui vit replié sur lui-même.

Le type syntone, bien adapté et qui a des échanges normaux avec la réalité.

L'exagération de la constitution schizoïde déterminerait l'état schizophrénique, proche de la démence précoce. Le syntone présente habituellement une certaine instabilité d'humeur dont l'exagération pathologique serait la psychose périodique.

Dupre, de son côté a décrit la constitution émotive et la constitution mythomaniacque.

On connaît bien enfin les constitutions perverses et surtout la constitution paranoïaque qui a fait

l'objet d'études récentes, en particulier de Genil-Perrin.

Quant à la constitution psychasthénique qui nous intéresse spécialement, nous avons vu que la très grande majorité des auteurs en faisait une constitution spéciale, différente de la constitution émotive.

Kretschmer de son côté, a entrepris à la suite des morphologistes de l'antiquité, c'est-à-dire d'un point de vue entièrement différent de celui de Gall et Lavater, de montrer qu'il existait une structure physique particulière correspondant à chacune des grandes constitutions psychiques de Bleuler, tandis que Sigaud et Corman étendant la notion de constitution, ne l'envisagent plus sur le seul plan des psychopathies, mais insistent sur ce fait qu'il y a correspondance entre la structure physique de l'individu et son mode de réaction contre le mode extérieur et contre la maladie.

La notion de constitution est indiscutable, mais dire par exemple avec Bleuler que la psychose périodique ou la démence précoce ne sont que l'exagération des constitutions cyclothymique ou schizoïde, cela n'est pas certain et, en tout cas, ne résout en rien le problème de ces deux affections, car il faudrait encore connaître les facteurs qui contribuent à exagérer ces tempéraments.

On doit admettre simplement que les constitutions ou les tempéraments prédisposent et qu'en particulier bon nombre de troubles mentaux sont marqués de la manière d'être habituelle du sujet quant à

l'affectivité, l'activité et l'intelligence. C'est d'autant plus vraisemblable qu'en pathologie mentale, un certain nombre de troubles ne correspondent pas à des lésions anatomo-pathologiques, mais seulement à des troubles physiologiques dynamiques (Claude), si bien qu'il est logique d'admettre que ces troubles dynamiques se traduisent par des manifestations pathologiques qui utilisent le fond mental habituel du sujet.

Ce qui est difficile, ce n'est pas d'admettre la notion de constitution ; c'est d'en fixer l'importance et les limites. Habituellement, c'est presque impossible, mais dans le cas présent, celui de la psychasthénie, la maladie et le fond mental constitutionnel sont indissolublement liés et se confondent, permettant d'étudier avec fruit la constitution morbide.

« Tout porte à croire, disent Dide et Guiraud, que « le fonctionnement vicieux ou mal réglé des centres « nerveux et végétatifs supérieurs, joue un rôle « capital dans la psychopathologie constitutionnelle. » A notre tour, après Claude, Laignel-Lavastine, Tinel, Codet, Santenoise, Euzière, Margarot, nous avons repris cette étude physiologique du terrain obsessionnel.

Nos efforts ont porté sur :

L'hérédité ;

Le tonus vago-sympathique ;

La morphologie.

CHAPITRE II

HÉRÉDITÉ. DYSTROPHIES ET CONSTITUTION PSYCHASTHÉNIQUE

Tous les auteurs étant d'accord pour admettre qu'il existe chez les obsédés psychasthéniques quelque chose de constitutionnel et de permanent, on a maintes fois étudié les antécédents personnels et héréditaires de ces malades.

Les résultats obtenus, bien qu'incertains, montrent cependant que les psychasthéniques ont toujours une hérédité chargée. Ce fait est particulièrement intéressant à signaler, car il est rare que dans les statistiques concernant les antécédents héréditaires morbides, il n'y ait pas de contradictions ainsi que le prouvent par exemple les statistiques innombrables concernant l'hérédité des épileptiques.

Un désaccord absolu ne prouve rien; mais une entente unanime est un argument de poids, même si l'on discute sur le détail. L'important, c'est que l'accord se fasse sur le principe.

C'est le cas pour l'hérédité psychasthénique.

Pitres et Regis, Janet ont tenté d'analyser le

détail de cette hérédité en établissant des statistiques portant sur un nombre considérable de cas, mais il ne se dégage aucun fait notable, aucune constante des 236 observations de Janet et des 150 observations de Pitres.

La raison en est que ces statistiques sont peu utilisables, parce que l'on y voit sur le même pied l'hérédité syphilitique et l'hérédité névropathique, l'hérédité alcoolique et l'hérédité psychasthénique similaires sans tenir compte de l'étiologie même de ces hérédités névropathique ou psychasthénique.

Nous n'allons pas reproduire les différentes statistiques publiées sur ce sujet, mais cependant à titre d'exemple, nous allons donner celle de Pierre Janet qui porte sur 100 cas :

Hérédité dans 100 cas	{	Parents sans maladie connue	8
		Tuberculeux, syphilitiques	12
		Arthritiques, goutte, etc	7
		Alcoolisme	15
		Névropathiques	17
		Aliénation { chez les parents	14
		{ chez les collatéraux	16
		Psychasthénie similaire	28

Tout ce que l'on peut tirer de cette statistique, à part la notion générale d'hérédité chargée, c'est la fréquence des troubles mentaux chez les ascendants. A ce propos, voici la statistique de Pitres et Regis qui porte uniquement sur l'hérédité psychiatrique de 100 obsédés.

Hérédité	Dissemblable	Père ou	aliénés, épileptiques ou hysté-	
			riques.....	15
			Mère	
			alcooliques	14
			violents, originaux	14
		Colla-	aliénés, épileptiques, hystéri-	
		téraux	ques, alcooliques, etc.	18
Hérédité similaire		paternelle		5
		maternelle		24
		collatérale		10

Le pourcentage est à peu près identique à celui trouvé par Janet et la psychasthénie apparaît bien comme une maladie où l'hérédité joue un rôle important.

A l'opposé, on peut constater que les affections acquises, personnelles sont sans grande importance. Pitres a publié une statistique de 40 cas où l'on retrouve toute la pathologie. La diversité des facteurs invoqués prouve qu'il ne s'agit là que de causes occasionnelles, tout au plus révélatrices d'un fond psychasthénique latent ou propre à déclencher des manifestations paroxystiques.

Par ailleurs, rechercher la cause de la psychasthénie dans la toute petite enfance et pour le besoin de la cause, invoquer une maladie infantile acquise touchant plus ou moins le système nerveux, paraît improbable et Janet lui-même n'a trouvé des convulsions ou des affections à allure neurotrope du système nerveux que dans un nombre infime de cas.

Si l'on suit pendant plusieurs années un même malade, on verra — et cela nous est arrivé plusieurs fois — que des causes différentes sont susceptibles

de déclencher des paroxysmes obsédants identiques. C'est ainsi que chez un grand phobique des microbes, nous avons vu un premier accès survenir, après un accident de chemin de fer, un second, après une grippe grave compliquée de congestion pulmonaire, un troisième après des soucis familiaux se rapportant à son fils, débile hydrocéphale peu perfectible.

Il est donc impossible en fait de trouver une affection acquise quelconque à l'origine de la psychasthénie qui semble bien être une manière d'être ou un comportement de l'esprit constitutionnel et héréditaire.

Des recherches récentes ont été faites sur l'étiologie de la constitution psychasthénique et enfin une notion nette est apparue, celle des rapports étroits qui unissent cette affection à l'hérédo-infection et à l'hérédo-intoxication en général et plus particulièrement à l'hérédo-syphilis lointaine.

La question des rapports existant entre la syphilis et les troubles mentaux a fait l'objet du Congrès de Barcelone en 1929. Hamel et Lopez-Albo, dans leur Rapport, étudient d'abord les troubles mentaux certains de la syphilis acquise qui ne nous intéressent pas ici, puis ils envisagent les troubles mentaux dus à la syphilis héréditaire en ayant soin d'ailleurs de souligner d'emblée les difficultés du problème et quant à l'enquête familiale et quant à l'interprétation des stigmates hérédo-syphilitiques.

Dans les troubles mentaux des enfants, ils incriminent l'hérédo-syphilis dans 83 % des cas et ils

rappellent qu'Heuyer l'a trouvée dans 50 % des cas.

Pour les troubles mentaux de l'adulte, ils signalent que le rôle de l'hérédo-syphilis est difficile à préciser, mais ils pensent cependant qu'elle doit jouer un rôle important en créant un terrain que l'on peut appeler dégénératif.

Au même Congrès, des communications particulièrement intéressantes furent faites par notre Maître Laignel-Lavastine et Jean Vinchon, par Hesnard.

Laignel-Lavastine et Jean Vinchon estiment très grande la part de l'hérédo-syphilis dans les troubles mentaux ayant à leur base, un déséquilibre émotionnel ou imaginatif.

Ils insistent sur ce qu'ils appellent « la vagotonie hérédo-syphilitique » décrite antérieurement par Laignel-Lavastine et rapportent enfin que c'est avec une très grande fréquence qu'ils ont trouvé l'hérédo-syphilis dans les antécédents du psychasthénique.

Hesnard, après avoir rappelé de son côté les travaux de Régis et la thèse de Jacquin, donne une statistique personnelle de 27 cas où il a trouvé 11 hérédo-syphilitiques certains qui présentaient tous un syndrome psychasthénique caractéristique.

Toporkoff enfin, dans un article récent, a trouvé chez des psychasthéniques, 21 % de syphilis congénitale certaine et un très gros pourcentage de syphilis héréditaire probable dont il ne donne d'ailleurs pas le pourcentage.

Pour notre part, nous avons fait une enquête

minutieuse sur les antécédents familiaux de 20 malades psychasthéniques.

Cela n'a pas toujours été facile en raison de la défiance des malades et des inquiétudes d'ordre divers qu'une enquête familiale poussée déclenchait inmanquablement chez chacun d'eux. Cependant, avec le temps (nous nous occupons des obsédés depuis notre année d'Internat à la Salpêtrière chez le Dr Vurpas en 1929), nous avons pu réaliser des enquêtes à peu près complètes, examiner les enfants, les parents, voir les grands-parents.

Le hasard nous a été favorable.

En définitive, nous avons pu établir une statistique dont les résultats sont en tous points identiques à celle des auteurs qui se sont occupés des rapports de l'héredo-syphilis et de la psychasthénie, en particulier de Laignel-Lavastine.

Négligeant de reproduire une fiche complète pour chaque malade qui rendrait notre travail confus et peu lisible, nous avons consigné en un tableau détaillé le résultat de nos recherches.

Malade	Sexe	Troubles mentaux	Antécédents
n° 1	M.	Phobique	Grand-père tabétique. Fils hydrocéphale.
n° 2	M.	Obsédé	Grand-père : anévrisme aortique.
n° 3	F.	Phobique	Père P. G. Fils débile et pervers.
n° 4	M.	Phobique	Grand'mère tuberculeuse.
n° 5	F.	Obsédée	Rien à signaler.
n° 6	F.	Obsédée	Grand-père syphilitique avoué.
n° 7	F.	Phobique	Mère décédée hémiplegie, 46 ans. Frère hérédosyphilitique (Dents d'Hutchinson).
n° 8	F.	Phobique	Rien à signaler.
n° 9	F.	Obsédée	Grand-père et père alcooliques.
n° 10	M.	Phobique	Grand-père et père alcooliques.
n° 11	F.	Obsédée impulsive	Père vu avec gomme syphilitique de la jambe et B.-W. = + Grand-père aurait été syphilitique.
n° 12	F.	Obsédée	Un frère aîné hérédosyphilitique avec dents d'Hutchinson et front olympien. Père et mère B.-W. = —
n° 13	M.	Obsédé	Rien à signaler.
n° 14	M.	Obsédé impulsif	Grand-père aurait eu douleurs fulgurantes.
n° 15	F.	Phobique	Mère syphilitique avouée. Père non contaminé.
n° 16	M.	Obsédé	Père et grand-père alcooliques.
n° 17	F.	Obsédée	Mère : tuberculose dès avant la naissance de la malade.
n° 18	F.	Phobique	Rien à signaler.
n° 19	F.	Obsédée	Une sœur traitée par sulfar. ?
n° 20	M.	Obsédé	Père aortique avec Hecht ++

pas non plus que nos observations portent sur un nombre assez restreint de cas, mais cependant la fréquence relativement considérable avec laquelle nous les avons rencontrées nous a paru digne d'être signalée.

Chez nos 20 malades, nous avons constaté 9 fois l'absence d'appendice xyphoïde (malades n^{os} 1, 2, 3, 6, 8, 11, 14, 16, 19).

Sur ces 9 malades, 7 étaient hérédosyphilitiques certains.

Nous avons vu 8 fois des malformations dentaires se répartissant en :

— 5 tubercules de Carabelli (malades n^o 1, 3, 5, 18, 19) ;

— 3 dents crénelées avec une fois absence de l'incisive latérale (malades n^{os} 2, 3 et 15).

Sur ces 8 malades, 6 étaient des hérédosyphilitiques certains.

Enfin, il nous a été permis de mettre en évidence plusieurs fois des spina bifida occulta. C'est un signe que nous n'avons pu rechercher que chez 5 de nos malades, car c'est tout récemment que notre Maître Laignel-Lavastine a attiré notre attention sur la fréquence de cette dystrophie chez les petits mentaux et en particulier chez les psychasthéniques.

Sur les 5 malades à qui nous avons pu faire faire une radiographie de la colonne lombo-sacrée, nous avons constaté 2 fois une spina occulta manifeste de la première vertèbre sacrée (malades n^{os} 1 et 15).

On a objecté que cette dystrophie était trop fré-

quente pour avoir une signification quelconque. Roederer n'a-t-il pas été jusqu'à affirmer qu'on la retrouvait chez 50 % des êtres humains ?

En fait, cette proportion nous paraît manifestement exagérée et si l'on s'en tient au spina bifida avec hiatus net, cette lésion est relativement rare. Sur 40 radiographies de colonne vertébrale que nous avons examinées au hasard dans différents services, nous n'avons trouvé que 7 spina bifida occulta dont justement 3 chez des malades déprimés et obsédés.

Nous n'avons pas la prétention d'attacher une importance de premier ordre à ces stigmates dystrophiques, mais nous pensons que leur fréquence justifie l'hypothèse que la constitution psychasthénique est d'ordre dégénératif et due à une hérédité toxique ou infectieuse.

En effet, les dystrophies apparaissent toujours comme dues à des infections ou des intoxications des parents ainsi qu'en fait foi l'étude des dystrophies syphilitiques de beaucoup les plus fréquentes et les mieux connues.

La notion d'hérédo-syphilis est souvent mal comprise, ou, plus exactement, envisagée d'une façon imparfaite et restreinte.

Dans son ensemble, l'hérédo-syphilis a une évolution analogue à la syphilis acquise. D'abord, lésions septicémiques disséminées, puis dans l'hérédo-syphilis tardive lésions plus profondes et plus localisées.

Ces diverses manifestations disséminées ou scléro-

gommeuses coexistent avec des stigmates qui peuvent être de véritables dystrophies, c'est-à-dire des altérations sans spécificité, relevant vraisemblablement de troubles nutritifs.

C'est l'hérédo-syphilis dystrophique qui, lorsque l'infection est très atténuée, peut être isolée.

Il s'agit de la forme dystrophique pure de la syphilis, sur laquelle ont insisté Tarnowsky, Sorrentino et Tucci, Grenet, Flandin, Milian, Pinard, etc.

Grenet rapporte par exemple des observations tout à fait symptomatiques : grand-père tabétique ; 7 petits-enfants présentant tous des troubles de l'intelligence et du caractère. Une femme hérédo-syphilitique met au monde un enfant qui présente un bec-de-lièvre et un front en carène. — Un homme est atteint à la fois d'hérédo-syphilis et de syphilis acquise (syphilis binaire), un front en carène et son fils lui aussi a un front en carène.

On pourrait multiplier ainsi les exemples et toujours il apparaîtrait que l'hérédo-syphilis d'une ou de plusieurs générations est la cause fréquente d'anomalies physiques ou psychiques et de stigmates dystrophiques.

L'hérédo-syphilis dystrophique apparaît donc comme incontestable. Elle ne détermine pas une maladie syphilitique, mais des altérations morphologiques et fonctionnelles fixées, peut-être héréditairement transmissibles, ainsi que le prouverait, par exemple, l'étude de la descendance des psychasthéniques où l'on retrouve avec une extrême fréquence

la psychasthénie elle-même ou tout au moins des déséquilibres émotionnels et affectifs.

Par ailleurs, il convient de ne pas se montrer trop affirmatif en déclarant que dans l'hérédo-syphilis dystrophique la syphilis n'existe plus en tant que maladie. Certes, les lésions n'ont plus leur caractère spécifique (Flandin), mais rien ne prouve que la syphilis soit éteinte. Elle est plutôt fixée et atténuée (Milian, Grenet), des retours sont toujours possibles et nous n'en voulons pour preuve que notre malade n° 1 dont le grand-père était tabétique, qui lui-même ne présentait aucun signe humoral de syphilis (non plus que sa femme) mais dont le fils est hydrocéphale avec réaction de Hecht positive.

Quant à la valeur de ces stigmates dystrophiques, on peut dire avec Sézary que la constatation de chacun d'eux pose le problème de la syphilis, mais ne le résout pas, tandis que la constatation de plusieurs dystrophies chez un même malade (obs. nos 1, 2, 3, 15, 19) rend l'hérédo-syphilis très vraisemblable.

Si nous confrontons les résultats de notre enquête sur l'hérédité et l'existence des stigmates dystrophiques chez nos malades, nous voyons que la réunion de plusieurs dystrophies chez un même sujet se produit toujours chez des hérédo-syphilitiques certains, ce qui prouve bien la valeur des stigmates dystrophiques comme signe d'hérédo-syphilis.

En somme, la clinique montre que très souvent les dystrophies sont de nature hérédo-syphilitique. Comme elles ne le sont pas toujours, il est logique de

penser que d'autres infections ou intoxications peuvent en être la cause.

Comme l'a dit Sézary « le tréponème nous apparaît
« parfois comme un facteur transformiste. Aux no-
« tions de milieu (Lamarck) ou de sélection naturelle
« (Darwin), ne conviendrait-il pas, en effet, pour
« expliquer l'évolution morphologique des êtres,
« d'ajouter dans une certaine mesure celle des mala-
« dies chroniques et chez l'homme au premier chef,
« celle de la syphilis ? »

Nous croyons aussi avec Hesnard que plus on s'éloigne dans le temps de l'accident syphilitique initial, plus le caractère de la tare hérédo-syphilitique perd de sa spécificité. Les dystrophies hérédo-syphilitiques sont d'une façon générale moins reconnaissables dans le plan endocrinologique que dans le plan viscéral, dans le plan morphologique que dans le plan endocrinologique, dans le plan psycho-génétique que dans le plan morphologique et dans ce dernier plan dans le domaine de la psychonévrose d'allure fonctionnelle que dans la psychonévrose d'allure organique.

En définitive, sur 20 malades, nous avons trouvé 11 hérédo-syphilitiques, 3 hérédo-alcooliques et peut-être 2 hérédo-tuberculeux. Si l'on ajoute que des stigmates dystrophiques sont très fréquents chez ces malades, il ressort à l'évidence que soit directement, soit par des altérations du système neuro-végétatif ou endocrinien, les hérédités infectieuses et toxiques

jouent un rôle dans l'étiologie de la constitution psychasthénique.

La psychasthénie semble être par conséquent la résultante, la traduction dans le domaine de la pensée active d'une certaine manière d'être psychophysiologique d'origine toxique ou infectieuse, héréditairement transmissible.

L'obsession suivant l'expression de notre maître Laignel-Lavastine apparaît donc bien comme un phénomène récessif souvent hérédo-syphilitique.

CHAPITRE III

PHYSIOPATHOLOGIE DES OBSÉDÉS CONSTITUTIONNELS

A l'obsession s'associent souvent des signes somatiques qui montrent bien que ce symptôme n'est pas d'ordre purement psychologique, qu'il s'agit là d'un phénomène physiologique en dehors même de la note organique spéciale à l'anxiété.

Quelques-uns de ces signes avaient déjà été signalés par les classiques et en particulier par Seglas, mais c'est à l'Ecole moderne, en particulier à Laignel-Lavastine, à Claude et Baruk que revient le mérite d'avoir insisté à nouveau sur eux en montrant qu'ils avaient une grande importance pour l'interprétation physiologique des obsessions.

A la lumière des signes somatiques et psychiques qui l'accompagnent, l'obsession apparaît cliniquement comme précédée souvent de perturbations organiques importantes.

Signes somatiques :

Parmi ces signes somatiques, un des plus nets et des plus constants est l'anxiété, mais c'est là un signe banal.

L'anxiété et l'angoisse ont un répondant neuro-végétatif et humoral (alcalose), mais ces phénomènes se rencontrent dans tous les états anxieux, ils n'ont aucune spécificité, ils sont secondaires ; aussi ne nous retiendront-ils pas un seul instant.

Le signe le plus important, croyons-nous, est constitué par les maux de tête ; ce symptôme, vulgaire en apparence, est pourtant lourd de signification.

Tantôt il s'agit de migraine typique avec hémicranie, malaise général, nausées. D'autres fois, il s'agit de ce que Baruk a appelé la « céphalée cénesthésique ».

« La douleur est en pareil cas peu vive, sourde,
« diffuse, mais elle s'accompagne d'une impression
« indéfinissable d'engourdissement, de chaleur, de
« chatouillements, de picottements qui donnent
« l'impression au malade qu'il se passe quelque chose
« de bizarre dans sa tête : ce sont là des phénomènes
« d'ailleurs très difficiles à définir, le malade a beau-
« coup de peine à les expliquer ; d'autre part, il s'agit
« d'une impression à la fois physique et psychique.
« Je sens mon cerveau qui s'engourdit, c'est comme
« s'il se ratatinait, comme s'il coulait de l'eau
« froide... »

Il y a donc là un mélange de mal de tête, et de perturbation de la note générale que le sujet éprouve de sa personnalité.

Cette céphalée à laquelle s'associe parfois l'angoisse, survient en général brusquement et annonce l'obsession comme l'aura annonce la crise épileptique.

(Seglas) et nous rappellerons à ce propos que Claude et Baruk ont rapporté l'observation d'un malade qui sous l'influence du gardénal avait vu se transformer un état comitial typique avec grandes crises en état obsédant.

Ce fait que des signes somatiques précèdent souvent l'obsession et, du moins pour l'obsession psychasthénique, ne résultent pas par conséquent de l'obsession elle-même, semble bien indiquer qu'il y a à l'origine de l'obsession des perturbations viscérales, homorales et peut-être neuro-végétatives.

Il convient d'ailleurs de remarquer que cet état cénesthésique pénible précédant et accompagnant l'obsession peut être provoqué d'une façon presque expérimentale chez les sujets aptes à faire du « mentisme ». Il suffit pour cela de faire faire à ces malades des excès de café, de thé, de tabac pour voir survenir la céphalée cénesthésique et ensuite des manifestations mentales automatiques.

Signes psychiques. — L'obsession véritable et pathologique s'accompagne, à l'opposé de la petite obsession de l'individu normal, d'une véritable obnubilation psychique et de troubles des perceptions. Un malade de Vurpas, pris un jour d'obsession au cours d'une séance cinématographique, ne voyait plus l'écran. Il lui semblait que la quasi-totalité du monde extérieur venait d'être brusquement supprimée ou effacée.

Quelquefois, le malade ressent pendant son obses-

sion des troubles cénesthésiques très particuliers : il a l'impression de ne plus avoir de cerveau, de ne plus vivre, de se sentir comme mort.

Janet a très bien étudié ces troubles dans son chapitre sur le sentiment du vide chez les psychasthéniques.

Enfin, il convient d'insister sur les troubles du courant de la pensée.

Habituellement, nous sommes maîtres de ce courant de la pensée ; nous pouvons arrêter ou provoquer à volonté nos méditations, nos réflexions, évoquer des souvenirs, faire une sélection dans nos pensées, etc.

A l'état pathologique, ce courant de la pensée sur lequel avait déjà insisté William James, devient incoercible ou stagnant, anarchique et désordonné, et le malade a l'impression très nette d'avoir perdu le contrôle de la conduction et de la direction de ses pensées.

Ces troubles du courant de la pensée semblent être en rapport avec un état physio-pathologique spécial (Baruk). Il semble difficile de les réduire à un processus psycho-génétique et c'est pour cela que nous avons cru devoir insister sur eux. Ce que l'on peut dire, nous semble-t-il, après avoir étudié et fixé dans le temps les signes somatiques et psychiques associés de l'obsession, c'est que l'obsession elle-même semble due à des perturbations organiques.

L'existence d'obsessions symptomatiques, d'affections viscérales grossières telles que tumeurs cérébrales, lésions en foyer du système nerveux, etc., sur

laquelle nous avons déjà insisté, confirme *a priori* cette impression première, cette vue purement clinique.

Délaissant maintenant le paroxysme obsédant lui-même, nous allons nous efforcer d'étudier l'obsédé en dehors de toute manifestation paroxystique alors qu'il présente seulement son fond mental psychasthénique habituel.

Le tonus vago-sympathique des obsédés. — Depuis Morel, on pense qu'il existe une relation étroite entre les obsessions et certaines perturbations du système nerveux autonome.

Il fut un temps où l'on pensait même tout expliquer ou presque, de la pathologie mentale par les modalités du tonus vago-sympathique des malades, mais l'exploration clinique du système sympathique n'est encore qu'ébauchée, et, quelles que soient les méthodes que l'on emploie, il est difficile de caractériser avec certitude l'état fonctionnel de ce système.

D'ailleurs, le système neuro-végétatif auquel est lié le système endocrinien, ne doit certainement pas contenir toutes les possibilités réactionnelles pathologiques des individus.

Cependant, après avoir trop espéré, il ne faut pas par réaction aller à un excès contraire et négliger complètement le système nerveux autonome, car on ne peut nier que dans une certaine mesure ce système

soit un témoin fidèle des réactions émotives, vasomotrices, etc.

En un mot, il nous semble que le classement de certains individus parmi les hyperexcitables du vague ou parmi les hyperexcitables de l'orthosympathique doit correspondre à quelque chose et caractériser, sous un certain angle, les modalités réactionnelles individuelles.

D'ailleurs, en fait de sympathique, comme l'a dit A. C. Guillaume, ce qui est négatif ne compte pas, seul compte ce qui est positif.

Un grand nombre des échecs obtenus en sympathologie tient au fait que l'on a recours à des procédés expérimentaux, grossiers et imparfaits.

Le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe solaire s'ils traduisent parfois avec netteté et simplicité le tonus végétatif, n'explorent en fait que superficiellement et segmentairement le sympathique.

L'épreuve de Danielopolu, par contre, beaucoup plus longue et plus compliquée, nous semble en définitive être la seule méthode ayant une valeur constante pour l'exploration du tonus végétatif.

En particulier, il nous a été permis de constater que chez des malades où le réflexe oculo-cardiaque était indifférent ou variable suivant les heures et les jours, c'est-à-dire inutilisable, l'épreuve de Danielopolu au contraire, quel que soit le moment où elle était pratiquée, donnait des indications toujours superposables, sinon identiques.

Une autre difficulté que l'on trouve dans l'exploration du sympathique résulte du fait bien acquis maintenant qu'il n'existe pas à proprement parler d'états antagonistes sympathicotoniques ou vagotoniques qui correspondraient au classique schéma de la balance d'Eppinger et Hess.

Il existe, au contraire, ainsi que Laignel-Lavastine l'a montré, des états mixtes qui correspondent au schéma du battement de porte, si bien que l'état habituel du sympathique est un état amphotonique avec, suivant les cas, hyperexcitabilité vagale ou hyperexcitabilité orthosympathique prédominante.

Les auteurs qui se sont occupés du tonus sympathique chez les psychopathes l'ont surtout étudié au cours des paroxysmes anxieux ou obsessionnels.

Santenoise et Abely ont trouvé chez les anxieux qu'il existait une hyperexcitabilité particulière du vague.

Gourfinkel de son côté a étudié 30 malades anxieux. Le réflexe oculo-cardiaque était 7 fois normal, 13 fois exagéré, 6 fois aboli, 3 fois inversé ; dans un cas, la réponse variait au cours de la même séance.

Ce même auteur a signalé aussi que 6 sur les 13 malades qui avaient un réflexe oculo-cardiaque exagéré, présentaient en même temps de la tachycardie. Ce fait — paradoxal en apparence puisqu'il s'agit de vagotonie — nous semble du plus haut intérêt et corroborer une partie des recherches que nous exposerons tout à l'heure.

Martimor a, lui aussi trouvé dans plus de 50 % des cas une exagération du réflexe oculo-cardiaque.

Ces recherches, pour intéressantes qu'elles soient, au même titre d'ailleurs que l'étude du pH urinaire des anxieux sur lequel a insisté Laignel-Lavastine ainsi que Tinel et d'autres, concernent uniquement des états paroxystiques, des bouffées anxieuses, sans tenir compte du fond mental habituel du sujet, ce qui n'était d'ailleurs pas le but de ces auteurs qui voulaient simplement préciser la psychophysiologie de l'anxiété et de l'émotion.

Santenoise cependant, a constaté que chez les malades anxieux, seuls ceux qui relevaient de la psychose périodique, avaient un réflexe oculo-cardiaque exagéré.

Tinel, après de nombreuses recherches seul et avec Santenoise, a établi qu'il existait dans la psychose intermittente un rythme sympathique superposable à l'apparition des crises paroxystiques : hypervagotonie annonçant et accompagnant la crise ; hypovagotonie ou même sympathicotonie dans les périodes intercalaires.

Hyvert utilisant l'épreuve de Danielopolu, a trouvé que les anxieux constitutionnels étaient aussi bien hypersympathicotoniques qu'hypervagotoniques et que les phobiques étaient hyperneurotoniques, mais cette statistique est difficile à interpréter, car cet auteur range sous la rubrique « d'anxieux constitutionnels » aussi bien des anxieux purs que des psychasthéniques.

Claude enfin qui, avec différents collaborateurs, a beaucoup étudié le système neuro-végétatif des psychopathes, a montré — à propos d'un cas d'obsession — qu'il existait chez le malade à la fois un état d'hypertonie sympathique et d'hypertonie vagale.

Cette hypertonie vagale, en particulier, semble jouer un rôle important dans la psychasthénie et c'est avec juste raison que Laignel-Lavastine a insisté sur les rapports étroits qui existent entre la symptomatologie psychasthénique et le noyau d'excitabilité du pneumo-gastrique : anxiété facile, état nauséux et fatigabilité matinale, constipation, réflexe oculo-cardiaque exagéré, sensibilité météorique.

Pour notre part, les méthodes d'exploration que nous avons employées sont les méthodes d'exploration générale du sympathique, c'est-à-dire celles qui ont la prétention de fixer avec le plus de certitude le tonus global du système autonome. Ce sont :

Le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe solaire ;

Les épreuves pharmaco-dynamiques et en particulier l'épreuve de Danielopolu.

Pour tous nos malades, nous nous sommes efforcé de réaliser plusieurs fois les mêmes épreuves à des jours différents et dans des conditions identiques, afin d'éliminer dans la mesure du possible les causes d'erreur.

Nous avons spécialement étudié nos malades en dehors de tout phénomène paroxystique afin d'écarter avec certitude les manifestations sympathiques ba-

nales dues à l'anxiété qui est quasi-constante au cours des paroxysmes.

Réflexe oculo-cardiaque. — Ce réflexe, décrit par Aschner en 1909, est obtenu par la compression des globes oculaires.

Cette compression peut être faite à la main ou par des appareils spéciaux tels que ceux de Roubinowitch et de Barre, mais la compression digitale quand elle est toujours faite par le même opérateur, donne d'excellents résultats.

On peut pratiquer une compression forte de courte durée, mais, pour notre part, nous préférons réaliser une compression moyenne des globes oculaires pendant une minute.

Normalement, il se produit un ralentissement du pouls de 6 à 10 pulsations avec léger abaissement de la pression artérielle et ralentissement de la respiration.

Le réflexe est positif quand il y a un ralentissement de plus de 10 pulsations. On dit alors qu'il y a « hyperexcitabilité vagale ».

Quand il n'y a pas de modifications dans le nombre des pulsations, le réflexe est nul. Quand il y a augmentation du nombre des pulsations, le réflexe est dit « inversé » et il traduit une hyperexcitabilité ortho-sympathique.

Chez les 3/4 des individus, le réflexe est normal ou très légèrement positif.

Nous avons étudié le réflexe oculo-cardiaque chez

20 malades, mais pour certains d'entre eux nous avons enregistré des tracés à l'aide d'une capsule de Boulitte.

Malades	Pouls	Compres- sion oculaire	Pouls	Compres- sion oculaire	Pouls	Compres- sion oculaire
n° 1	72	72	73	77	70	62
n° 2	83	66	81	62	83	83
n° 3	81	83	81	81	82	74
n° 4	74	70	74	70	74	71
n° 5	81	77	80	76	81	75
n° 6	71	72	72	72	72	71
n° 7	77	74	74	66	73	76
n° 8	87	71	87	70	88	70
n° 9	68	71	70	77	67	65
n° 10	73	69	76	76	74	69
n° 11	81	82	80	78	80	79
n° 12	83	83	83	82	83	83
n° 13	65	63	65	65	65	63
n° 14	78	79	80	78	79	79
n° 15	82	78	81	81	83	85
n° 16	74	60	75	58	74	56
n° 17	70	65	70	74	68	66
n° 18	77	72	80	87	80	73
n° 19	86	85	85	80	86	84
n° 20	74	58	75	58	75	58

Pour chaque malade, le réflexe oculo-cardiaque a été pris trois fois à des jours différents, le matin à jeun, vers 11 heures, dans des conditions identiques.

Nous ne croyons pas utile de reproduire ici nos tracés. Un tableau récapitulatif détaillé donnant le nombre des pulsations radiales, avant et après compression des globes oculaires étant suffisamment clair et explicite.

Les 20 malades sur lesquels ont porté nos examens sont ceux dont nous avons antérieurement donné les antécédents héréditaires.

Les trois examens qui sont rapportés ici côte à côte ont été faits à un minimum de huit jours d'intervalle.

En résumé :

4 fois, nous avons constaté une hyperexcitabilité vagale très marquée (malades n^{os} 2, 8, 16 et 20).

10 fois, nous avons constaté un R. O. C. normal ou indifférent.

6 fois, nous avons constaté un R. O. C. variable d'un examen à l'autre (malades n^{os} 1, 3, 7, 9, 15, 17).

Nous pouvons donc conclure : s'il faut s'en tenir au R. O. C., qu'il n'y a rien de bien spécial ni de bien particulier quant au tonus vagosympathique des psychasthéniques.

Réflexe solaire. — Ce réflexe est obtenu par la compression de la région épigastrique au contact de l'aorte abdominale. On voit à l'oscillomètre de Pachon les pulsations diminuer d'amplitude et disparaître si

le réflexe est positif. Chez certains sujets, le réflexe est inversé.

Normalement, ce réflexe fait défaut chez près de 60 % des gens; en raison vraisemblablement de la difficulté qu'il y a à exciter le plexus solaire à travers la paroi abdominale par la simple pression de la main ou du poing.

En cas de sympathicotomie, le réflexe serait positif, et le nombre des pulsations augmenté.

En cas de vagotonie, il serait inversé.

La valeur du réflexe solaire est très discutée et c'est seulement dans quelques cas — assez rares — qu'on peut l'opposer ou le superposer au réflexe oculo-cardiaque (Laignel-Lavastine et Largeau).

Nous ne croyons pas utile de donner un tableau de nos recherches car les renseignements que nous avons pu en tirer sont assez minces et prouvent que le réflexe solaire n'a qu'une valeur toute relative.

Chez 11 malades, ce réflexe était absent,

Chez 3 malades (nos 5, 15 et 20) il était exagéré,

Il était normal chez les 4 autres.

Epreuve de Danielopolu. — Devant la carence quasi totale des réflexes précédents, nous avons pratiqué l'épreuve de Danielopolu pour tenter de préciser les modalités du tonus neuro-végétatif de nos malades.

L'épreuve de Danielopolu n'est qu'une variante de l'épreuve à l'atropine qui a été introduite en séméiologie cardiaque pour distinguer les bradycardies vagales, des autres bradycardies.

On injecte dans la veine du sujet une certaine quantité de sulfate neutre d'atropine.

Chez un sujet normal, avec 1 milligr., on produit l'accélération du cœur et on admet que cette dose d'un milligramme est la dose nécessaire pour paralyser le pneumogastrique.

Chez les vagotoniques, il faut des doses plus fortes d'atropine pour obtenir cette paralysie et la quantité d'atropine injectée mesure l'hyperexcitabilité vagale.

Telle est l'épreuve de l'atropine dans sa forme initiale. Le pneumogastrique étant paralysé, le sympathique antagoniste est laissé intact et il est alors possible de l'étudier isolément.

On a critiqué la valeur de l'épreuve de l'atropine. Eppinger et Hess, en particulier, ont pensé qu'une forte accélération du rythme obtenue par l'atropine, dénote une hypertonie du vague, mais Danielopolu a montré qu'elle n'est que le résultat d'une sympathicotonie et que si l'atropine est une substance amphotropique suivant les doses, son action sur le sympathique, qu'elle soit excitante ou paralysante, est très peu marquée en comparaison de son action similaire sur le parasympathique.

Le mérite de Danielopolu est d'avoir fixé la technique et l'interprétation de l'épreuve de l'atropine en y ajoutant la notion de l'excitabilité orthosympathique par l'orthostatisme.

Voici d'ailleurs la technique de l'épreuve de l'atropine, selon Danielopolu lui-même :

« Le sujet est couché dans le décubitus dorsal et

« on compte le rythme. On injecte dans la veine
« 1/2 milligramme de sulfate d'atropine et on note
« le maximum de modification obtenue. On injecte
« ensuite, à de courts intervalles, des doses de 1/2;
« 3/4 de milligrammes jusqu'à l'obtention de la
« paralysie complète du vague. Nous avons plusieurs
« moyens de constater la paralysie complète du
« vague : la compression oculaire du vague au cou
« et l'orthostatisme. C'est ce dernier moyen qui est
« le plus fidèle. L'orthostatisme produit après l'atro-
« pine une accélération notable du rythme, phéno-
« mène que nous avons démontré être produit par
« une excitation du sympathique. Si le vague est
« complètement paralysé, le rythme s'accélère beau-
« coup dans la station verticale et revient au bout
« de peu de temps au chiffre initial une fois le sujet
« recouché. Si, par contre, le vague n'a pas été complè-
« tement paralysé, le rythme accéléré dans la position
« verticale, se ralentit dans la position couchée, tom-
« bant pour quelques moments au-dessous du chiffre
« initial pour ne revenir à ce dernier que quelque
« temps après. Nous prendrons un exemple. Nous
« obtenons chez un sujet après la dose totale de
« 1 milligramme 1/2 d'atropine une accélération du
« rythme dans la position couchée, de 70 à 120. Si ce
« chiffre de 120 représente une paralysie totale du
« vague, le rythme passe environ à 140 dans la posi-
« tion debout, pour revenir à 120 une fois le sujet
« recouché. Si par contre, avec cette dose d'atropine,
« le vague n'a pas été complètement paralysé, le

« rythme monte de 120 à 140 dans la position debout
« pour retomber au-dessous de 120, disons 110 dans
« la position couchée et ne revenir à 120 qu'au bout
« de quelques moments. »

Utilisant les données mêmes de Danielopolu, nous admettrons que le chiffre maximum d'accélération obtenu par la position couchée après la paralysie complète du vague, représente le tonus du sympathique. La différence entre ce chiffre et le nombre de pulsations initial, avant l'injection, représente le tonus du vague qui, par ailleurs, est mesuré d'une façon précise par la dose totale d'atropine injectée. Cette dose étant d'autant plus grande que le tonus du vague est plus élevé.

Nous avons pratiqué l'épreuve de Danielopolu chez les 20 malades de qui nous avons antérieurement recherché le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe solaire. Les protocoles expérimentaux sont consignés dans le tableau suivant :

En résumé, chez les obsédés psychasthéniques constitutionnels, nous avons trouvé par l'épreuve de Danielopolu, dans 75 % des cas, un état d'hyperamphotonie très marqué.

Il nous a paru qu'il fallait toujours des doses considérables d'atropine pour obtenir la paralysie du vague (2 mmg. 3/4 chez le malade n° 4 ; 2 mmgr. 1/2 chez les malades nos 3, 7, 8, 11, 15).

Cette résistance, cette tolérance du vague à l'atropine nous paraît particulièrement intéressante à signaler.

Malades	Rythme avant l'inj.	Tonus du sym- pathique	Pouvoir inhibit. du vague	Dose d'atropine injectée	Interpré- tation
n° 1	72	158	86	2 miligr.	V-S
n° 2	83	163	80	2 mmg. 1/4	V-S
n° 3	81	161	80	2 mmg. 1/2	V-S
n° 4	74	139	55	1 mmg. 1/2	N
n° 5	81	166	85	2 mmg. 3/4	V-S
n° 6	71	137	66	2 mmg.	V-S
n° 7	76	145	69	2 mmg. 1/2	V-S
n° 8	87	165	78	2 mmg. 1/2	V-S
n° 9	68	120	52	1 mmg. 1/4	N
n° 10	73	149	76	2 mmg. 1/4	V-S
n° 11	81	153	72	2 mmg. 1/2	V-S
n° 12	83	133	50	1 mmg. 3/4	N
n° 13	65	131	66	2 mmg. 1/4	V-S
n° 14	78	148	70	2 mmg. 1/4	V-S
n° 15	82	174	92	2 mmg. 1/2	V-S
n° 16	74	147	73	2 mmg.	V-S
n° 17	70	126	56	1 mmg. 1/2	N
n° 18	77	150	73	2 mmg. 1/4	V-S
n° 19	86	135	49	1 mmg. 1/4	N
n° 20	84	158	74	2 mmg. 1/4	V-S

— Tonus normal du sympathique = 125

— Tonus normal du vague = 60

— « V » = vagotonie. — « S. » = sympathicotonie

— « N » = normal.

Parallèlement à l'épreuve de Danielopolu chez les psychasthéniques, nous avons pratiqué la même épreuve chez 5 malades atteints de psychoses périodiques, en dehors de tout accès dépressif. (Il s'agit dans les 5 cas de déprimés intermittents.)

Malades	Rythme avant l'inj.	Tonus du sympathique	Pouvoir inhib. du vague	Dose d'atropine injectée	Interprétation
n° 21	70	131	61	1 mmg. 1/2	V
n° 22	91	148	57	1 mmg. 1/2	S
n° 23	82	140	58	1 mmg.	S
n° 24	66	113	47	1 mmg. 1/2	N
n° 25	78	129	51	1 mmg. 1/4	N

L'étude de ce tableau montre que chez les malades atteints de psychose périodique, en dehors des accès, il n'existe pas de constante nette dans le tonus vago-sympathique et que l'on rencontre aussi bien des états vagotoniques que sympathicotoniques.

Ceci semble opposer assez nettement les psychasthéniques et les malades atteints de psychose dite maniaco-dépressive.

Epreuves d'excitation du système végétatif. — Devant les résultats intéressants obtenus par l'épreuve de Danielopolu, nous avons cherché à provoquer chez nos malades non plus la paralysie du système vago-sympathique, mais au contraire l'excitation

élective de chacun des systèmes dits antagonistes.

Comme excitant du vague, nous utilisons le salicylate de gènesérine.

Comme excitant du sympathique, l'éphédrine.

Nous avons étudié à ce point de vue les malades n^{os} 1, 3, 4, 9, 6, 10, 15, 19.

Tous ces malades se sont montrés particulièrement tolérants au salicylate de gènesérine. Des doses quotidiennes et plusieurs fois répétées de 5 à 8 milligrammes n'ont jamais déterminé une modification clinique notable non plus que des variations appréciables du R. O. C.

Au contraire, l'administration de l'éphédrine à la dose journalière de 2 comprimés à 2,5 ctg. a déclenché en 1 à 3 jours chez les malades n^{os} 1, 3, 10 et 15 des paroxysmes phobiques très nets alors que les malades non phobiques n'étaient pas ou peu influencés.

Encore que ces recherches soient partielles et incomplètes, nous pensons qu'il existe chez les phobiques une hyperexcitabilité considérable du sympathique avec en quelque sorte abaissement du seuil d'excitation.

Ce fait n'est pas pour nous étonner, car l'on sait qu'à côté des anxieux vagotoniques, il existe des anxieux hypersympathicotoniques ainsi que l'ont montré Euzière et Margarot.

Cette hypothèse cadrerait assez bien avec la réalité clinique qui montre qu'assez souvent chez les phobiques il y a association des tendances psychasthénique et anxieuse.

Cela cadre aussi assez bien avec le mécanisme psychogénétique que nous avons étudié antérieurement.

En définitive, pour résumer nos recherches sur le tonus vagosympathique des obsédés, en dehors des paroxysmes, nous pouvons dire que le psychasthénique est habituellement un amphotonique avec grosse hyperexcitabilité vagale et sympathique. Le phobique ayant en outre une hyperexcitabilité sympathique spéciale avec sensibilité extrême aux agents pharmacodynamiques d'excitation du sympathique.

Cette notion du seuil d'excitation sympathique nous semble *a priori* devoir être approfondie et susceptible de donner des résultats pratiques intéressants en sympathologie.

Au demeurant, on peut dire que les psychasthéniques présentent dans 75 % des cas des modalités identiques du tonus végétatif.

Recherches biologiques sur les obsédés. — De nombreuses recherches ont été faites dans le but de trouver des modifications de l'équilibre chimique et humoral des psychopathes par Claude et ses élèves, Laignèl-Lavastine, Cornilius et d'Heucqueville, etc.

C'est ainsi que l'on a étudié l'équilibre acide-base, la rétention chlorurée plasmatique, globulaire ou cérébrale, les taux de la cholestérine, de la créatinine, du calcium. Le taux de la cholestérine du sang chez les psychopathes se montre d'une façon générale

plutôt augmenté. Claude a trouvé que dans 60 % des psychoses affectives, il y avait une hypercholestérinémie supérieure à 1 gr. 80. Pour notre part, nous avons pratiqué le dosage de la cholestérine chez 12 de nos malades et 8 fois, nous avons trouvé un taux de la cholestérine compris entre 1 gr. 80 et 2 gr. 20.

Cette hypercholestérinémie chez les psychasthéniques n'est pas pour nous surprendre étant donné que ces malades ont tous une hyperexcitabilité vagale et que Papillian et Mariette Giano ont montré qu'il existait un rapport constant entre la vagotonie et l'hypercholestérinémie.

L'alcalose que l'on mesure facilement par la recherche du *pH* urinaire est en général manifeste dans les états anxieux (Laignel-Lavastine), mais chez nos malades qui étaient étudiés en dehors de tout paroxysme obsédant ou anxieux, nous avons toujours trouvé un *pH* normal aux environs de 5,6 (méthode colorimétrique).

De ce que nous venons de dire, il résulte que jusqu'à présent les recherches biologiques et humores n'apportent pas une contribution considérable au problème de l'obsession et qu'elles mettent seulement en évidence des modifications vago-sympathiques que nous connaissons déjà.

On a recherché maintes fois s'il n'existait pas aussi, chez les obsédés, chez les psychasthéniques, des troubles fonctionnels des glandes à sécrétion interne et cela en se basant sur les synergies, la solidarité, et même l'interdépendance, qui semblent souvent exis-

ter entre le système nerveux végétatif vago-sympathique et les endocrines.

Porot a consacré un travail très important aux syndromes mentaux d'origine endocrino-végétative, en particulier, aux syndromes mentaux thyroïdiens, hypophysaires, surrénaux et génitaux, mais l'on ne peut en tirer des conclusions générales et en inférer que la tonalité affective ou le degré d'activité intellectuel d'un individu résulte du fonctionnement des glandes endocrines.

Certes, en quelques cas particuliers, les glandes à sécrétion interne jouent un rôle important dans l'élaboration de la vie intellectuelle, mais il faut reconnaître, et c'est la tendance actuelle des endocrinologistes, que l'on a étendu à l'extrême et déraisonnablement le rôle des endocrines. Pour notre part, ayant constaté la fréquence de l'hérédo-syphilis dans l'ascendance des psychasthéniques et des obsédés, nous étions tentés de croire, *a priori*, que la syphilis produisait peut-être le terrain psychasthénique par l'intermédiaire de ces troubles fonctionnels syphilitiques endocriniens, sur lequel a insisté Hutinel.

Nous avons donc étudié les glandes à sécrétion interne de nos malades. L'interforémétrie étant une méthode vraisemblablement erronée, nous nous sommes contenté de l'examen morphologique des individus, et du métabolisme de base.

Pas une fois, ni cliniquement, ni biologiquement

nous n'avons pu soupçonner ou mettre en évidence un trouble endocrinien.

Le métabolisme de base, en particulier, que nous avons pratiqué chez quinze malades, s'est toujours trouvé normal, les chiffres extrêmes ne dépassant pas 12 % en moins et 15 % en plus des chiffres normaux.

De tout ceci nous ne voulons pas tirer de conclusion définitive, car les moyens d'exploration qui sont actuellement à notre disposition ne permettent de dépister que des lésions grossières des endocrines. Peut-être, plus tard, en ira-t-il autrement, mais aujourd'hui nous avons nettement l'impression que les glandes de sécrétion interne ne jouent pas un rôle important, dans la physio-pathologie de la constitution obsessionnelle.

Quant à dire avec Léopold Lévi qu'il y a instabilité ou dysfonctionnement glandulaire, nous n'en voyons pas l'utilité car il ne s'agit là que d'une hypothèse *a priori*.

CHAPITRE IV

MORPHOLOGIE DES OBSÉDÉS CONSTITUTIONNELS

C'est sous l'influence de Kretschmer, Pende, Sigaud et d'autres, que l'étude de la morphologie médicale est à nouveau à l'ordre du jour après avoir été trop longtemps négligée.

Le tempérament représentant l'ensemble des qualités affectives d'un individu (par exemple, le fond mental psychasthénique), on a — et cela depuis l'antiquité — fait intervenir dans l'étiologie du tempérament des facteurs nerveux et humoraux à la faveur desquels il s'établit un rapport entre le tempérament et la structure du corps, entre la personnalité physique et la personnalité psychique.

L'habitus extérieur d'un malade est toujours intéressant à noter, même en dehors de toute idée doctrinale. C'est ainsi que notre Maître Laignel-Lavastine attache une grosse importance à la morphologie des individus et que décrivant l'endocrinonévrose hypotensive, il en a fixé minutieusement la typologie.

Les corrélations entre la structure du corps et le tempérament s'établissent vraisemblablement par le mécanisme endocrinien et neuro-végétatif, ainsi qu'en font foi les modifications apportées aux individus par les troubles endocriniens (hypophysaires, thyroïdiens; génitaux; etc.) qui non seulement bouleversent la charpente osseuse, mais encore touchent les viscères et les parties molles et influencent l'intelligence et l'affectivité.

C'est en partant de ces considérations générales que Kretschmer a entrepris une classification morphologique des êtres.

Ayant décrit avec Breuler 2 tempéraments principaux: le tempérament cyclothymique, bien adapté au monde extérieur mais à humeur oscillante, dont la variété morbide est la psychose maniaque-dépressive, et le tempérament schizothymique, mal adapté au monde extérieur, menant une vie autistique dont la variété pathologique serait la démence précoce, il a constaté que les individus correspondant à ces deux tempéraments et à ces deux psychoses avaient des structures corporelles différentes.

Chez les malades atteints de psychose circulaire le type habituellement rencontré est le type pyknique; c'est-à-dire que le sujet présente à l'âge moyen de la vie une structure trapue, ramassée avec grand développement du tronc par rapport à la longueur des jambes. Le visage est rond, bien rempli, harmonieux et de teint coloré. Le profil peu accentué, le nez charnu; la barbe et le système pileux sont abondants

tandis que la calvitie est fréquente. Le système osseux est relativement frêle, la musculature molle, le pannicule adipeux développé au visage, au cou et au tronc.

En somme, ce type pyknique correspond assez bien au « type sanguin » des anciens auteurs.

Les malades schizophréniques correspondent, au contraire, au type athlétique ou plus souvent au type asthénique.

Le type athlétique est élancé ; il a les extrémités longues. Les muscles l'emportent sur la graisse, le cou est élevé, la poitrine large, le bassin étroit, la tête allongée rectangulaire avec un menton accentué.

Le type asthénique a une cage thoracique étroite, les os, les muscles et la peau graciles. Le visage triangulaire avec front large et rond, menton fuyant, étroit et rentré. Le nez est allongé, pointu et mince.

Ces types morphologiques assez nets dans des cas pathologiques déterminés se retrouveraient suivant Kretschmer chez les individus normaux et correspondraient alors aux tempéraments cyclothymique et schizothymique dont nous avons parlé plus haut. Si l'on ajoute que les tempéraments sont rarement purs et s'imbriquent entre eux et qu'il en est de même pour les aspects morphologiques, il va de soi que par combinaison on retrouve facilement tous les types humains. La grosse objection que l'on peut faire à cette théorie est que la base même de la classification des individus suivant une prétendue apti-

tude native à l'adaptation au réel est discutable et hypothétique.

Aussi, Corman après Sigaud, délaissant cette manière de voir, a-t-il envisagé la morphologie et les tempéraments sous un autre aspect issu du vieux principe Hippocratique qui affirme qu'il existe une intime dépendance entre l'organisme et le milieu ambiant.

Suivant les réactions réciproques des individus et du milieu, il distingue trois grands types humains schématiques :

- Les hyperexcitables ;
- Les hypoexcitables ;
- Les mésoexcitables.

Les *hyperexcitables* craignent les moindres écarts dans leur régime ; ils mangent peu, répugnent à un travail physique prolongé ; ils ont en toute chose de la mesure et même de la parcimonie parce que dès qu'ils atteignent la limite, une cénesthésie exquise les avertit. Ils sont souvent malades parce qu'ils ressentent le plus léger dysfonctionnement de leur organisme, mais cependant ils vivent vieux.

Les *hypoexcitables* au contraire sont portés à tous les excès. Ils mettent dans leurs actes une fougue extraordinaire, usent de grosses quantités de nourriture, peuvent faire des efforts prolongés violents sans fatigue apparente, parce que leur cénesthésie peu délicate ne réagit pas. Ce sont des individus dont on envie la vitalité extraordinaire, qui sont

rarement malades, mais qui pourtant vivent bien moins longtemps que les précédents.

Sur le plan structural, Sigaud, Corman ont constaté que les individus hypoexcitables avaient une morphologie tendant à la forme dilatée ronde ; ce sont en somme des pykniques, tandis que les hyperexcitables prennent une forme irrégulière, sinueuse, rétractée, dysharmonique : ce sont grossièrement des asthéniques.

A la première catégorie pyknique, ronde, sanguine, est dévolue la psychose périodique, la manie, la mélancolie en même temps qu'il y a, entre autres choses, prédisposition à certaines maladies organiques du système nerveux (démence vraie paralysie générale ainsi que l'a établi Corman).

A la seconde catégorie correspondraient certains états schizophréniques et les différentes psychopathies émotionnelles et affectives.

L'étude des psychasthéniques, en utilisant les données de Kretschmer, de Sigaud et de Corman, nous a montré que les psychasthéniques constitutionnels correspondaient au type asthénique ou plus exactement au type « rétractébossué » de Sigaud.

Ils sont de corpulence grêle ou osseuse, de membres longs, d'embonpoint médiocre ; les reliefs musculaires font saillie sous une peau sèche ; le visage est marqué de creux ou de bosses la peau étant plaquée sur les plans osseux sous-jacents. Le nez est grand, long, bossué relativement mince ; les joues sont



Malade n° 3. — Psychasthénique constitutionnel avec délire du toucher.



Déprimé périodique avec accès dipsomaniaques.

osseuses, les pommettes saillantes. Le front est vaste, mais marqué d'une rétraction temporale sus-zygomatique considérable. La mâchoire est saillante aux angles maxillaires, mais fuyante et triangulaire ensuite.

Le dessin que nous apportons, page 131, et qui représente le malade n° 3 synthétise bien la description morphologique que nous venons de donner de l'obsédé psychasthénique.

Nous ne prétendons pas que tous les individus ayant cet aspect physique extérieur soient psychasthéniques. Nous pensons seulement que pour être psychasthénique ou peut-être même anxieux constitutionnel, il faut avoir une constitution dite « hyperexcitable » telle que nous venons de l'analyser.

Ce qui prouve bien que cette notion morphologique a une valeur réelle, c'est que les impulsifs vrais qui doivent être rattachés à la psychose périodique possèdent ainsi que l'ont montré Vurpas et Corman un habitus extérieur pyknique.

Le dessin reproduit page 132 représente un malade de type pyknique, déprimé périodique avec accès dipso-maniaques.

QUATRIÈME PARTIE

RÉFLEXIONS

SUR LE

TRAITEMENT DES OBSÉDÉS

L'intérêt de l'étude théorique que nous venons de faire de la maladie obsessionnelle tient uniquement dans les directives thérapeutiques que l'on en peut tirer.

Laignel-Lavastine, dans l'exposé de sa *Méthode concentrique*, a insisté sur la présence chez les psychonévrosés de zones pathologiques différentes qui réclament une thérapeutique particulière : zone psychique, zone neurologique, zone endocrinienne ou viscérale, groupées autour d'un noyau morbifique d'origine le plus souvent héréditaire. Pour notre part nous avons montré, croyons-nous, qu'il existe chez les psychasthéniques des facteurs étiologiques multiples, les uns déterminants, les autres favorisants et entretenant le processus pathologique, si bien qu'un traitement correctement institué doit atteindre chacun de ces facteurs isolément.

Donnons un exemple adapté à la maladie obses-

sionnelle : Soit un grand psychasthénique avec phobie des microbes. C'est un hérédo-syphilitique de deuxième génération avec hyper-amphotonie et ptose rénale uni-latérale ; il existe en outre un complexe psycho-affectif refoulé. La thérapeutique pour être efficace doit non seulement viser à l'extériorisation du complexe, elle doit aussi corriger la ptose rénale, diminuer l'hypertonie vago-sympathique, et même (bien que cela soit rarement possible) atteindre l'hérédo-syphilis.

Dans cette attitude il n'y a rien d'anormal ou de paradoxal car il est d'observation courante que les fautes d'hygiène ou de régime, l'absorption de vin ou d'alcool, les troubles hépatiques, la fatigue physique ou intellectuelle, les maladies intercurrentes augmentent la tendance psychasthénique des malades.

Nous connaissons un psychasthénique qui, sous l'influence d'un seul verre de vin, est pour quelques jours la proie de l'obsession de compter. Inversement il est classique que les sédatifs du vague ou du sympathique (souvent administrés sans discernement) donnent parfois des améliorations réelles de la maladie.

Nous allons donc envisager séparément le traitement psychique et le traitement physiologique des obsédés. Nous disons bien des obsédés et non des obsessions, parce qu'il n'existe pas de méthode thérapeutique utilisable systématiquement, dans tous les cas de maladie obsessionnelle, avec des chances égales de succès.

Traitement psychique des obsédés

— L'idéal serait d'appliquer à tous les malades le traitement analytique. Nous verrons tout à l'heure que c'est impossible, si bien, que la psychothérapie persuasive et affective, présent eencore et toujours un intérêt considérable.

La psychothérapie rationnelle, c'est-à-dire celle qui s'adresse à la raison et combat les symptômes morbides par des arguments d'ordre logique est inopérante car le mécanisme si particulier des obsessions n'a rien à voir avec la logique formelle. Si parfois des améliorations passagères surviennent c'est parce que le médecin, inconsciemment, a pratiqué une psychothérapie affective.

La psychothérapie affective, au contraire, donne des résultats incontestables. Elle guérit la maladie par la foi et par la confiance. L'ascendant pris par le médecin résulte de facteurs multiples et impondérables tels que l'aspect physique, la voix, la finesse et la délicatesse psychologique et discursive.

Notre maître Vurpas use souvent du procédé suivant : par quelques questions adroites, il se renseigne sur les symptômes les plus marquants de la maladie, puis fort de cela et d'une connaissance approfondie des symptômes morbides des psychonévroses, il décrit au malade ses inhibitions, ses angoisses, ses doutes. La confiance la plus grande naît aussitôt, sans restriction. Cette psychothérapie affective est toujours utile et si les résultats que l'on

obtient sont passagers ils ne sont pas négligeables, mais pour que cette thérapeutique joue à fond il faut que le milieu familial de l'obsédé s'y prête, ce qui est assez rare, du fait des démêlés familiaux bien connus des psychasthéniques.

Au début, l'entourage est résigné, plus tard il est lassé et réclame du médecin un traitement qui tient autant de la violence que de la médecine, à la fin il ne veut plus ni du médecin, ni du malade.

Il ressort de tout cela que très souvent le milieu familial est mauvais et paralyse l'action thérapeutique. On a beau démontrer que le malade est véritablement malade, que la maladie pour ne pas se traduire par de la fièvre n'en est pas moins réelle. Rien n'y fait, et nous en arrivons à la conclusion suivante qui contredit un peu les affirmations classiques : l'obsédé bénéficie souvent d'une cure de repos ou d'isolement loin de sa famille.

Si l'isolement est à conseiller dans les cas graves ou s'il existe un conflit familial important, il faut savoir que c'est une arme à double tranchant. Le malade, même isolé, reçoit des lettres ou des visites ; ce qu'on lui dit ou ce qu'on lui écrit retentit plus ou moins fâcheusement sur son état mental, d'autant que loin des siens et dans l'impossibilité de discuter longuement avec eux, son esprit inquiet ne manque pas d'édifier de nouvelles constructions pathologiques pessimistes qui s'ajoutent aux autres.

Le médecin doit donc, quand l'isolement est nécessaire, surveiller les rapports du malade avec l'exté-

rieur, éduquer la famille, contrôler ses faits et gestes pour arrêter ce qui serait fâcheux et provoquer, au contraire, à l'insu du malade, ce qui sera susceptible de donner de l'apaisement.

En outre, la cure d'isolement terminée, le malade ne doit pas, immédiatement, rentrer dans la vie active ; le repos à la campagne, les voyages, les cures climatiques. (Divonne) sont alors du plus grand intérêt.

Tels sont les principes généraux de la psychothérapie des obsédés.

Passons maintenant à la psychothérapie spéciale des obsessions. Cette psychothérapie spéciale, c'est la psychothérapie analytique qui s'oppose à la psychothérapie précédente de surface.

Psychothérapie analytique des obsessions. — La psychothérapie analytique prétend guérir l'affection en découvrant le conflit psychique facteur de la névrose.

Nous avons déjà dit, que nous estimions que la psychanalyse orthodoxe c'est-à-dire remontant jusqu'à la première année de la vie était dangereuse et irréalisable, tandis que la psychanalyse active et actuelle de Steckel nous paraissait une excellente méthode. Ce sont les principes et les procédés d'analyse tels que nous les utilisons, d'après Steckel, que nous allons résumer maintenant. Mais auparavant nous croyons nécessaire d'insister sur le fait qu'on ne doit pas sans discrimination appliquer la méthode analytique à tous les obsédés. Un choix est nécessaire faute de quoi l'on risque d'aggraver l'état du patient.

Le malade qui a le plus de chance de guérir par l'analyse, c'est l'obsédé récent dont un conflit psychique immédiat a déséquilibré un psychisme en apparence normal quant aux mécanismes instinctifs et affectifs primaires.

C'est ensuite l'obsédé et le phobique psychasthénique avec anxiété secondaire, peu intense, qui ne présente pas même à un faible degré, de préoccupations religieuses ou éthiques. Pour atteindre un tel malade il faut être, en effet, bien sûr de soi, car l'on risque, à tout coup, d'ajouter aux obsessions déjà existantes de nouvelles obsessions nées des découvertes faites au cours de la psychanalytique.

Il est enfin une dernière catégorie d'individus qu'il faut éviter de traiter psychanalytiquement, ce sont les psychasthéniques simples, sans phobie ou obsession importante qui s'accommodent bien de leur maladie.

En somme, les cas favorables à l'analyse sont ceux où il y a une systématisation symbolique nette et récente, où l'anxiété est secondaire, où les préoccupations morales et théologiques n'interviennent pas. Les cas défavorables sont ceux où la systématisation symbolique est pauvre, où l'anxiété est intense, et où les sentiments religieux et éthiques jouent directement ou indirectement un rôle important.

D'ailleurs le médecin devra toujours avancer dans l'analyse avec une extrême prudence et il ne devra pas hésiter à rebrousser chemin ou à s'arrêter si de nouvelles obsessions ou phobies apparaissent.

Il est bien entendu qu'on ne doit jamais tenter une cure analytique sans le plein assentiment de la famille.

Ces quelques recommandations sembleront à certains la marque d'un manque d'audace et de conviction regrettable. Nous pensons seulement qu'elles découlent de l'intérêt immédiat du malade et du médecin. Elles résultent aussi du fait que, malgré tout, la thérapeutique analytique ne s'appuie pas sur des réalités intangibles mais sur des interprétations probables sinon possibles.

Nous avons expliqué que la névrose obsessionnelle traduit un moment critique de la formation du *sur-moi*, que les symptômes se groupent autour d'un secret et que toute obsession résulte de l'annulation d'une réalité ; nous avons montré aussi que l'estime en laquelle nous tenons nos parents ou nos éducateurs joue un rôle essentiel, prédominant, dans l'édification du sentiment de personnalité, et que les complexes d'Œdipe ou d'Electre sont toujours à la base de la formation d'une maladie obsessionnelle non pas directement, en tant que complexe comme le voudrait Freud, mais en tant qu'élément créateur de la personnalité en général et du « sur-moi » en particulier. Steckel a montré que dans l'obsession une mauvaise évolution de la libido quant à sa fixation sur les objets était nécessaire mais que ce n'était pas suffisant, qu'il fallait en outre un traumatisme psychologique né habituellement, mais pas toujours, d'une faute des parents, des éducateurs ou

de l'individu lui-même si bien que l'obsession apparaît comme une lutte entre le moi et le sur-moi. Une formation défectueuse du sur-moi due à une faute des éducateurs est éminemment favorable à l'éclosion des conflits entre le moi et le sur-moi, même si les sources du conflit tiennent à des faits survenus chez l'adulte.

D'une façon générale le traumatisme psychologique est une réalité que le moi ne veut pas admettre. Le moi se défend contre une constatation douloureuse et pénible mais elle revient sous forme symbolique, s'introduit dans les rêves, détermine l'obsession et crée la symbolique obsessionnelle.

Dans les actes obsessionnels la scène du trauma se répète sous forme de symbole. Le malade joue avec le temps et la réalité. Suivant l'expression de Steckel « d'une réalité il a fait une fiction, et ces fictions sont devenues pour lui des réalités. Il vit dans un état d'hallucination perpétuel où il ne cesse de fabriquer des illusions avec des réalités ».

L'analyse a pour but de résoudre les énigmes de la symbolisation morbide, de déchiffrer le langage secret dont use le malade, de saisir le « sens caché du non-sens ». C'est une entreprise difficile car elle vise à détruire un processus qui dans une certaine mesure est un processus de guérison.

Le malade soigneusement choisi comment va-t-on procéder ? En général, on fera trois séances par semaine d'une heure chacune et cela pendant cinq à dix semaines. Si tout n'est pas terminé au bout de

deux à trois mois il faut abandonner ou passer la main.

A chaque séance il faut user d'un certain artifice indiqué par Freud : le malade est couché et le médecin se tient derrière lui pour ne pas être vu.

Lors de la prise de contact il est bon de dire au malade à quelques variantes près : « Pour vous guérir, il faut que je connaisse l'histoire de votre vie. Dites-moi tout ce qui vous passe par la tête, efforcez-vous d'abandonner pour quelques instants, votre esprit critique. Commencez par le premier souvenir d'enfance qui vous vient en mémoire. » Et le malade après quelques hésitations commence à raconter sa vie, accumulant au début les détails insignifiants et les affirmations mensongères. Il faut alors lui montrer que l'on n'est pas dupe mais cependant se garder de poser immédiatement des questions indiscretes ou particulièrement intimes.

Les premières séances ont un seul but : gagner la sympathie et la confiance du malade. Plus tard on pourra serrer le problème de plus près et s'efforcer de vaincre les résistances que l'on rencontre, en se souvenant que l'on fera fausse route quand on imposera au malade des questions pénibles qui le tourmentent. Il faut laisser le malade s'épancher de lui-même en ce qui concerne la chose sexuelle.

Quand le malade en a fini avec l'histoire de sa vie, la partie la plus difficile de l'analyse va se jouer car il faut alors utiliser d'une part l'analyse des rêves, d'autre part les associations libres (Jung) qui peuvent

orienter le médecin mais aussi l'égarer par suite d'une supercherie inconsciente du malade qui veut en quelque sorte protéger sa symbolique morbide.

A ce moment le phénomène de transposition se manifeste avec violence, sous différentes formes, s'attachant non seulement au médecin mais à sa famille, à sa maison. Ces manifestations de transfert sont souvent paradoxales et pour mener à bout l'analyse il faut les bien connaître (Steckel, *Les états d'angoisse nerveux*, p. 656).

L'essentiel est que le médecin n'inspire rien à son malade mais qu'il lui permette de comprendre spontanément le sens caché de sa maladie.

Si dans les premières séances, le malade raconte un rêve, il faut le noter avec le plus grand soin, car les premiers rêves sont en général ceux qui dévoilent d'une façon non équivoque le secret de la maladie. Cependant, il ne faut en tenter l'interprétation que plus tard, parce qu'un rêve isolé du psychisme d'un individu que l'on connaît à peine perd toute signification.

Vers la 7^e ou 8^e séance d'analyse il est bon de demander au malade d'établir un parallèle entre l'histoire de sa vie, la symbolique morbide et les rêves qu'il a racontés. Dès lors c'est l'analyse des images oniriques qui permet de découvrir le plan de vie secret.

Comprendre le langage symbolique des rêves est une chose essentielle et difficile. Au début l'entreprise semble puérile mais bientôt en s'aidant de la

littérature psychanalytique (Steckel surtout) et de sa propre expérience on arrive à saisir le sens profond des rêves, même si l'on s'écarte des mécanismes trop stricts décrits par Freud. On se souviendra toujours qu'un rêve n'est pas forcément la réalisation d'un désir et qu'il peut avoir un autre sens qu'un sens sexuel.

Nous allons rapporter un exemple qui montre bien que le rêve est susceptible de donner la clé d'une obsession.

Un jour nous eûmes à soigner une jeune femme de 32 ans qui ne pouvait subir la présence de qui que ce fût (sauf son mari), sans être inquiète, anxieuse et agressive. Depuis plus d'un an elle n'était pas sortie de chez elle, menant ainsi une existence heureuse, dans la solitude la plus stricte. Cette phobie du monde et des personnes, durait depuis 4 ans déjà. La malade nous raconta sa vie ; *a priori* rien n'était à retenir, sauf une frigidité quasi totale dont elle semblait fort bien s'accommoder. Un jour elle nous fit part du rêve suivant : on l'avait attachée, nue, à un pilori, au milieu d'une grande place ; une foule nombreuse la regardait sans qu'elle sût pour quel délit elle était ainsi vouée à l'opprobre et à la risée populaire.

Rapprochant ce rêve de la frigidité de la malade il nous sembla tenir la clef du problème. Nous orientâmes l'analyse dans ce sens et bientôt la malade nous dit : « Je compris, pour la première fois, que j'étais frigide, un jour en prenant le thé avec des amies. Celles-ci parlaient de leur vie conjugale et

amoureuse et il m'apparut que je n'étais pas comme elles, qu'il me manquait quelque chose. » Un peu plus tard, d'elle-même, spontanément, elle conclut : « Ma phobie du monde et du bruit naquit six mois plus tard. »

Dès lors la maladie prenait un sens. Le sujet annulait une révélation qui lui était pénible. La malade créait par le moyen de la solitude un monde imaginaire où elle était souveraine, et partant délivrée de la honte. Elle comprit aussi qu'elle ressentait pour les hommes et pour les femmes, en général, de la jalousie et de la haine parce qu'elle leur supposait une vie sexuelle normale. La maladie n'était qu'un stratagème susceptible de donner la quiétude et l'indifférence.

A partir du jour où l'énigme fut déchiffrée, deux séances d'analyse suffirent pour guérir la malade et lui redonner le goût d'une vie mondaine et sociale régulière. Nous ne crûmes pas devoir entreprendre une cure analytique de la frigidité, nous estimant déjà très satisfait du résultat obtenu, ce pourquoi, en somme, on avait fait appel à nous.

Le rêve est bien le moyen le plus rapide et le plus sûr de saisir le sens de la symbolique obsessionnelle.

Le point crucial de la névrose étant connu ou soupçonné il faut que le malade comprenne que sa maladie n'est qu'un système dont il doit se débarrasser. Le médecin peut alors rééduquer le malade, lui montrer qu'il porte un masque, qu'il n'a pas le droit de juger

autrui et que ce qui est du domaine du passé doit y rester.

Tout cela ne sera obtenu qu'avec une véritable pédagogie affective et morale exempte de contrainte.

« Le malade doit apprendre qu'il ne guérira que dans l'exercice de sa liberté, que c'est à lui qu'incombe sa libération de l'objet auquel il est asservi que seule cette libération intérieure rendra possible son retour à la santé. » (Steckel.)

Telles sont très brièvement résumées les grandes lignes de la cure analytique.

Une dernière remarque s'impose maintenant c'est qu'un malade traité et guéri analytiquement ne conserve aucune sympathie et n'a aucune reconnaissance pour son médecin. Ce phénomène curieux, est dû à la rupture du transfert, il est normal et constant, ce qui prouve que pour entreprendre la cure analytique des psychonévroses il faut non seulement avoir de la patience mais encore de la philosophie.

Traitement des troubles organiques

Pour les obsédés, la recherche de l'épine irritative organique fait passer en revue presque toute la pathologie nerveuse, viscérale et endocrinienne, et nous ne pouvons par conséquent, faire autre chose que de donner quelques indications thérapeutiques concernant les troubles organiques les plus fréquemment rencontrés. *Hygiène des obsédés.*

L'obsédé est le type même du malade qui bénéficie largement d'une hygiène bien ordonnée et bien comprise.

La vie du psychasthénique doit être réglée minutieusement. Le sommeil et les repas seront l'objet de soins particuliers. Le régime alimentaire qui nous semble le meilleur, c'est encore le régime des hépatiques, car il apparaît souvent que les paroxysmes obsessionnels sont déclanchés ou entretenus par des phénomènes d'auto-intoxication ou d'anaphylaxie digestive.

Le vin, le café, le thé et le tabac seront supprimés de la façon la plus absolue ; la constipation combattue énergiquement. Quand il faut intervenir pour régulariser le sommeil ou les fonctions intestinales on doit rejeter les médicaments très actifs, souvent toxiques. Pour le sommeil, par exemple, on conseillera une douche tiède le soir, suivie de l'absorption de sédatifs légers, comme la valériane ou l'extrait de passiflore. S'il est nécessaire de prescrire un hypnotique vrai, on évitera le véronal ou le gardénal pour donner la préférence au bromure, au chloral, au sonéryl.

Il faut signaler enfin les bienfaits de la culture physique et du sport individuel. Plusieurs fois nous avons constaté que la seule pratique de la gymnastique ou de l'escrime, amenait rapidement un apaisement réel de l'état mental psychasthénique et des obsessions... Or, il n'est pas facile de secouer l'inertie et l'indolence physique des malades. On le tentera néanmoins.

Le déséquilibre vago-sympathique et humoral. — On a signalé la fréquence de l'alcalose urinaire chez les obsédés. A vrai dire, il nous semble, que ce symptôme n'existe que dans les états d'anxiété, mais il est bon (surtout en phase d'inquiétude) de donner au malade les médications acidifiantes, telles que l'acide phosphorique, même si le PH. urinaire est normal. D'ailleurs l'acide phosphorique peut agir comme neuro-tonique.

Les correcteurs vago-sympathiques sont des médicaments qui, employés à bon escient, donnent des résultats excellents.

Nous avons dit qu'en général, les psychasthéniques étaient des amphotoniques avec prédominance vagale habituelle, et prédominance sympathique en cas de phobie et d'anxiété. Il en résulte qu'on doit administrer tantôt des sédatifs du vague, tantôt des sédatifs du sympathique et pour ce faire explorer le tonus végétatif des malades en s'aidant au besoin de l'épreuve de Danielopolu.

Parallèlement aux sédatifs doux dont le type est la teinture de cratoegus ou la teinture de ballote, il est nécessaire d'adopter à chaque malade la gamme des paralysants vago-sympathiques. Cependant une des meilleures thérapeutiques est encore l'association atropine-ésérine. L'atropine diminue l'excitabilité vagale, l'ésérine modère l'excitabilité sympathique et la légère excitation du vague qu'elle produit est largement compensée par l'inhibition atropinique. Le chlorure de calcium enfin administré par la voie

intra-veineuse (un injection quotidienne de 10 centimètres cubes de la solution à 10 % pendant 15 jours) est un excellent médicament qui agit vraisemblablement en bloquant le tonus vâgal.

Nous ne voulons pas insister davantage sur le traitement de l'hyper-excitabilité végétative des psychasthéniques. La conduite à adopter tient toute entière dans cette formule : Il n'y a que des cas d'espèces et chaque malade doit avoir un traitement approprié à sa manière d'être physiologique.

Ajoutons que nous n'utilisons le gardénal que rarement et seulement pour combattre la grande anxiété (doses filées).

Les troubles viscéraux. — Laignel-Lavastine a montré l'importance du dépistage chez les psychonévrosés des maladies organiques associées, qui agissent, en entretenant l'excitabilité du système végétatif. De fait il est essentiel pour guérir un obsédé de traiter tout ce qui chez lui est pathologique : les ptoses viscérales, les affections génitales, les affections cardiaques déterminatrices de troubles du rythme, les déséquilibres endocriniens.

Le seul fait de corriger une ptose gastrique ou de rétablir une fonction ovarienne, jusque-là déficiente, ne suffit pas pour guérir la psychasthénie mais ce sont des choses à ne pas négliger parce qu'elles entretiennent l'affection et la font durer.

La constitution morbide. — Nous avons signalé

l'extrême fréquence d'une hérédité infectieuse, surtout syphilitique, chez les obsédés. C'est un fait indéniable, mais au point de vue thérapeutique, nous n'avons pas d'action sur une hérédité dont les manifestations sont essentiellement d'ordre dystrophique. Personnellement la médication anti-syphilitique ne nous a jamais donné comme à certains auteurs de bons résultats, cependant, l'administration discontinue, de doses modérées, d'iodure de potassium agit parfois favorablement.

Au reste cette notion de l'hérédité des psychasthéniques est surtout lourde de signification pour la prophylaxie des psychonévroses.

En somme, il apparaît que le traitement des obsédés est particulièrement délicat, mais que l'on a les plus grandes chances de réussir si l'on se souvient : « qu'à chaque symptôme ne répond pas un traitement mais que certaines conditions générales, par leur influence, facilitent au maximum la thérapeutique » (Laignel-Lavastine).

CONCLUSIONS

I. — Les obsessions ne sont habituellement qu'un accident paroxystique, qu'une complication survenant à la faveur d'un état morbide permanent et de même nature que lui. A savoir : le fond mental psychasthénique.

On doit en exclure les impulsions vraies (suicide, homicide, dipsomanie) qui se rattachent à des états dépressifs périodiques.

Un certain nombre de phobies avec anxiété initiale et prévalente semblant résulter de l'association d'un état psychasthénique et d'une constitution anxieuse.

II. — L'obsession traduit un conflit intra-psychique dont elle n'est que l'expression symbolique.

Les mécanismes psychologiques invoqués par Freud et les psychanalystes sont seulement valables pour traduire les modalités actuelles et pittoresques du fond psychasthénique ou des paroxysmes obsédants. Ils ne peuvent jouer qu'en raison d'une arriération ou d'une régression affective de l'individu.

Cette arriération ou cette aptitude à la régression

affective ne s'explique de l'aveu même de Freud et de Steckel que par la constitution du malade.

III. — La psychanalyse en profondeur (Freud) qui explore les premières années de la vie, et la phase digestive pré-génitale contient trop de notions arbitraires ; elle est en outre inutilisable en pratique courante.

La psychanalyse en surface (Steckel), qui vise à mettre en lumière un conflit actuel sans remonter aux premières manifestations affectives et instinctives de l'individu, est souvent utilisable et susceptible de donner de bons résultats thérapeutiques.

IV. — C'est avec une extrême fréquence que l'on retrouve dans les antécédents des obsédés constitutionnels une hérédité infectieuse ou toxique.

Sur 20 malades, nous avons trouvé :

— 11 hérédo-syphilitiques.

— 3 hérédo-alcooliques.

— Peut-être 2 hérédo-tuberculeux.

En outre, on constate souvent chez eux des stigmates dystrophiques (axyphoïdie, malformations dentaires, spina bifida).

V. — L'étude du tonus vago-sympathique des obsédés, en dehors des paroxysmes obsédants, donne des résultats particulièrement constants. Par l'épreuve de Danielopolu nous avons trouvé dans

75 % des cas un état d'hyperamphotonie avec grosse excitabilité vagale et sympathique.

L'hyperexcitabilité sympathique semble toute spéciale chez les phobiques qui sont extraordinairement sensibles aux excitants du sympathique.

VI. — Les psychasthéniques, comme d'ailleurs d'autres psychopathes émotionnels et affectifs, présentent une morphologie dont les analogies ne sont pas niables.

Ce sont des « asthéniques » (Kretschmer) ou plus exactement des « rétractés-bossués » hyperexcitables (Sigaud et Corman).

VII. — En définitive, la psychasthénie et les obsessions constitutionnelles seraient la traduction, dans le domaine de la pensée active, d'un conflit psychique qui n'a pu se produire et subsister qu'en raison d'une manière d'être neuro-végétative et morphologique hyperexcitable due à des processus infectieux ou toxiques des ascendants.

VU :

Le Président de la thèse,

LAIGNEL-LAVASTINE.

VU :

Le Doyen,

G. ROUSSY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE.

- ACHARD et BINET. — Les réflexes provoqués par la compression oculaire : réflexes oculo-respiratoire, oculo-circulatoire et oculo-moteur (*Soc. Biol.*, 23 février 1918, p. 158).
- ANDRÉ-THOMAS. — La réactivité locale du muscle pilo-moteur privé de son innervation : antagonisme entre la réaction locale et le réflexe (*Congr. des alién. et neurol.*, Luxembourg, août 1931).
- ANDRÉ-THOMAS et LONG-LANDRY. — Remarques sur la part de la syphilis héréditaire dans la pathologie du système nerv. (*Paris méd.*, t. XIV, 1924).
- ARLOING et LANGERON. — Phases vagotoniques et sympathicotoniques du choc anaphylactique expérimental chez le cobaye et le lapin (*Soc. Biol.*, Lyon, 15 mars 1923, C. R., n° 11, 777).
- AUBRY et CORNIL. — Sur le neurotropisme de la syphilis acquise chez les hérédosyphilitique (*Soc. française de Dermatologie et de syphiligraphie*, Nancy, janvier 1927).
- BABONNEIX. — Rôle de l'hérédosyphilis en neuropathologie (*Monde méd.*, août 1920).
- BABONNEIX. — Manifestations tardives de l'hérédosyphilis nerveuse (*Journal de Méd. et de Chir. pratiques*, 10 août 1927).
- BABONNEIX. — Traitement de l'hérédosyphilis nerveuse (*Bull. gén. de Thérap.*, mai 1928).
- BARBE et DENECHAU. — Hérédosyphilis et obsessions phobies (*Paris méd.*, t. XLIX, 1923).
- BARD. — Du rôle du mécanisme des actions d'arrêt ; distinction des kinésies négatives et des inhibitions (*Rev. Neurol.*, 1922, février, p. 121-145).

- BARDIER, STILLMUNKES. — Sympathique et glycosurie caféinique (*in C. R. Soc. Biol.*, 7 janvier 1928, p. 6).
- BARRE et CRUSEM. — *Nouvelles recherches sur le R. O. C. normal* (Congr. des alién. et neur. Luxembourg, 1924).
- BARRE et CRUSEM. — *Nouvelles recherches sur le R. O. C. normal* (25^e Congr. alién. et neur. franç., P. M. 1934, p. 679).
- BARTHÉLEMY. — *Hérédo-syphilis des glandes endocrines* (Thèse, Paris 1919).
- BARUCH. — Les bases physiologiques du choc (*Arch. Méd. belges*, juin 1927).
- BARUK. — Les obsessions (*Bull. Méd.*, 3-10 oct. 1931).
- BERNIER. — *Hémoclasie digestive et tonus vago-sympathique* (Thèse Paris, 1923).
- BINET. — Poison paralysant du système sympathique (*Pr. Méd.*, 8 nov. 1923).
- BLOCH. — *Epreuve de Gæstsh* (Thèse Paris, 1921).
- BONCOUR Paul. — Epilepsie et syphilis cérébrale héréditaire tardive (*Progrès médic.*, 14 juin 1913).
- BONCOUR Paul. — Introduction à l'étude de la jeunesse mentalement anormale (*Journal méd. français*, juin 1929).
- BOREL et CENAC. — L'obsession (*Rev. franç. de Psychanalyse*, 1932, t. V., n° 4, 586).
- BOUNHOURE R. — *Etudes biologiques et cliniques sur le L. C. R. de l'enfant (principalement au cours de la syphilis héréditaire)* (Thèse Toulouse, 1923).
- BOURNEVILLE. — Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française (II^e session, 1901, p. 473).
- BLUM et FATOU. — L'hérédo-syphilis tardive (*Gaz. des hôpitaux*, n° 89, 9 décembre 1925).
- BRELET. — Le L. C. R. dans la syphilis héréditaire (*Gaz. des Hôpitaux*, 6-8 mai 1924).
- BELOUS. — *Maladies infectieuses des centres nerveux* (Thèse Lyon, 1888).
- CASTELNAU. — Réflexe oculo-cardiaque chez les asthmatiques (*Pr. Méd.*, 1923, XXXI, 682).
- CHARCOT et MAGNAN. — « De l'onomatomanie » (*Archiv. de Neurologie*, 1885).
- CHEVALLIER P. — Hérédo-syphilis latente des adolescents et

- des adultes jeunes (*Bulletin général de thérapeutique*, 1926, p. 460).
- CLAUDE. — La psychanalyse dans la thérapeutique des obsessions et des impulsions (*Paris Méd.*, 20 oct. 1923).
- CLAUDE. — Etude des variations de l'état du système sympathique chez un obsédé (*Soc. clin. de Méd. Ment.*, 14 avril 1924).
- CLAUDE. — Cholestérine du sang dans les psychopathies (*Soc. Biol.*, 16 janv. 1926).
- CLAUDE. — *Précis des Maladies du Système Nerveux* (Baillière, édit.).
- CLAUDE, Mlle BERNARD et PIEDELIÈVRE. — Contribution à l'étude des troubles de l'équilibre endocrinien (*Paris méd.*, 11 sept. 1920).
- CLAUDE, TINEL et SANTENOISE. — Étude comparée du R. O. C. et du R. S. (*Soc. Biol.*, 25 nov. 1922).
- CLAUDE, BARUK et LAMACHE. — Étude sur l'injection intra-veineuse d'adrénaline (*Soc. Biol.*, 1926, 27 nov.).
- CODET. — Les émotifs. Evol. (*Psychiatr.*, mars 1931).
- CODET et LAFORGUE. — Les arriérations affectives ou Évolution psychiatrique (Payot, édit., 1925).
- CORMAN. — *Visages et caractères* (Plon, édit.).
- CORMAN. — *La constitution physique des paralytiques généraux* (Thèse Paris, 1931).
- COURTIER. — Thèse Nancy, 1929.
- DANIELOPOLU. — Vagotonie paroxystique (*Soc. biol.*, Bucarest, 20 mai 1915, p. 458).
- DANIELOPOLU. — Les épreuves végétatives (*Pr. Méd.*, 25 juil. 1932, p. 649).
- DANIELOPOLU et CARNIOL. — Action de l'ésérine chez les vagotoniques et les sympathicotoniques (*Bull. Soc. Biol.*, 3 nov. 1921).
- DANIELOPOLU, RADOVICI et CARNIOL. — Réflexe oculo-colique et oculo-gastrique (*Ann. de méd.*, 1922, XI, p. 143).
- DAYTON. — Congenital syphilis as a cause of mental deficiency (*Boston, Med. and Surg. Journ.*, 1925, p. 668).
- DAYTON. — Degree of mental deficiency resulting from congenital syphilis (*Journ. amer. med. associat.*, 1926, p. 907).
- DENY et René CHARPENTIER. — Obsession et psychose maniaque dépressive (*Encéphale*, oct. 1909, t. II, p. 500).

- DENY et LOGRE. — Mélancolie anxieuse et obsessions hallucinatoires (*Encéphale*, 1910, t. I, p. 103).
- DENY et KAHN. — Congrès des aliénistes et neurologistes de Nantes, 1908.
- DECAMPS et VERMEYLEN. — *Quelques moyens cliniques à propos du diagnostic de l'hérédo-syphilis à forme mentale* (Congr. des alién. et neurolog. de langue franç., Barcelone, 1929).
- DEVAY. — *Mélancolie chez les syphilitiques* (Congrès de Bordeaux, 1895).
- DE LARMINAT. — Crises de colère et syphilis héréditaire (*Progrès méd.*, 1928, p. 1008).
- DIDE. — Sympathico-vagotonie (*Pr. méd.*, 1922, 14 juin, annexe, p. 993).
- DIDÉ et GIRAUD. — *Psychiatrie du Médecin Praticien* (Masson, édit.).
- DROUET et HAMEL. — *Recherches sur les causes pathologiques de la délinquance infantile et juvénile* (Congrès des aliénistes et neurologistes de langue franç., Barcelone, 1929).
- DROUET et HAMEL. — *L'hérédo-syphilis mentale*, Masson, édit. 1930).
- DROUET et J. HAMEL. — Les troubles endocriniens dans les psychopathies de l'enfance et de l'adolescence, leurs rapports avec l'hérédo-syphilis (*Rev. franç. d'endocrinologie*, février 1929).
- DULAC. — *Réflexe oculo-cardiaque* (Thèse Paris, 1918-1919).
- DUPRÉ. — A) Préface de l'Introduction à la Psychiatrie clinique de Kraepelin, 1907, p. vii. — B) La Constitution émotive (*Paris Méd.*, mai 1910).
- ENGEL A. — *Tics convulsifs et hérédo-syphilis* (Thèse Nancy, 1928).
- EPPINGER et HESS. — Zur Pathologie des vegetativen Nerven-systems (*Ztschr. f. klin. Med.*, 1908-109, t. LXVIII).
- ESQUIROL. — Mémoire sur la Monomanie Homicide (*Mal. Mentales*, t. II, p. 790-843).
- EUZIÈRE et MARCAROT. — Le R. O. C. chez les anxieux (*Gaz. Hôp.*, 1919, n° 37).
- EUZIÈRE et MARGAROT. — L'hypertonie du sympathique dans l'angoisse (*Languedoc Méd.*, 1921, n° 9).
- FALRET. — *Rapport sur les Obsessions* (Congrès Int., 1889).
- FÈRE. — *La Pathologie des Emotions*, 1892.

- FREUD. — « L'homme aux Rats ». Trad. franç. Marie Bonaparte et Lowenstein (*Rev. franç. de Psychanalyse*, tome V, n° 3).
- FREUD. — « La prédisposition à la névrose obsessionnelle ». Trad. franç. Pichonnet Hésly (*Rev. franç. de Psych.*, t. III, n° 3).
- FREUD. — *Introduction à l'étude de la psychanalyse* (Payot, édit.).
- FREUD. — *Essais de psychanalyse* (Payot, édit.).
- FREUD. — *Totem et tabous* (Payot, édit.).
- FERNET. — *Syphilis héréditaire tardive* (Traité Sergent, 1925).
- FOURNIER A. — *Syphilis du cerveau*, 1879.
- FOURNIER A. — *Syphilis et mariage*, Paris, 1900, p. 102.
- FOURNIER A. — *La syphilis héréditaire tardive*, 1886.
- FOURNIER Ed. — *Stigmates dystrophiques de l'héredo-syphilis* (Thèse Paris, 1898).
- FOURNIER Ed. — *Les stigmates de l'héredo-syphilis*, 1911.
- FOURNIER Ed. — *Syphilis héréditaire tardive* (In Sergent, 1925).
- GARRELON, SANTENOISE et TINEL. — Vago-sympathique, anaphylaxie et intoxication (*Pr. Méd.*, 1923, n° 28).
- GAY-PIETRO. — Contribution à l'étude des troubles moraux chez les héredo-syphilitiques (*Bruxel. méd.*, 1927, p. 27).
- GENIN-PERRIN. — *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale* (Thèse Paris, 1913).
- GELMA. — Les algies psychiques (*Gaz. Méd. franç.*, 15 sept. 1931).
- GOURFINKEL. — *Le tonus vago-sympathique des anxieux* (Thèse Montpellier, 1926).
- GRAZIANI. — Contribution à l'étude du système endocrino-sympathique dans certaines psychoses (*Rivista Ital. de neuropathol.*, février-mars 1919).
- GRENET. — La syphilis héréditaire de la deuxième génération (*Sem. Hôp. de Paris*, 15 mai 1930).
- GRENET. — La famille syphilitique (*Sem. Hôp. de Paris*, 15 janv. 1934).
- HAMEL J. et DROUET. — *Les psychopathies héredo-syphilitiques de l'enfance et de l'adolescence et leur rôle dans la criminalité juvénile* (Mém. Ligue nat. franç. contre le Péril vénérien, 1928).
- HANNS et PERRIN. — *Rapport du sympathique et des glandes endocrines en pathologie* (17^e Congr. méd., Bordeaux, 1923).

- HEISSEN. — La question de l'hérédité des maladies nerveuses vagonotiques : asthme, ulcère gastrique, etc. (*Med. Wschr.*, 26 nov. 1920, t. LXVII).
- HUSLER. — Ueber Lues congenital und über idio-und paraniëtische Syphiliswirkungen in der Deszendanz (*Zeits. f. Kinderheilk.*, 1924, p. 200).
- HESNARD. — Comm. Congr. de Barcelone, 1929.
- HESNARD. — *Traité de Sexologie* (Payot, 1933).
- HUTINEL et STEVENIN. — Syphilis héréditaire et dystrophies (*Arch. de méd. des enfants*, 1920, nos 1, 2, 3 et 4).
- HYVERT. — Epreuve de DANIELOPOLU dans certaines psychopathies (*Soc. Biol.*, 13 mai 1926).
- HUTINEL. — *Le terrain hérédo-syphilitique* (Paris 1925, Masson).
- HUTINEL. — *Les dystrophies de l'enfance* (Paris, Masson, 1924).
- HUTINEL et STEVENIN. — Syphilis héréditaire et dystrophies (Aperçu de pathologie générale infantile (*Arch. méd. enf.*, 1920).
- HIGGINS. — Hérédo-syphilis et troubles mentaux (*J. of méd. scienc.*, 1918).
- JANET Pierre. — *Les obsessions et la psychasthénie* (Alcan, édit., 1903).
- JANET. — *Etat mental des Hystériques* (6^e édit., Alcan, 1931).
- JACQUIN. — *Traité de Psychanalyse* (Payot, Paris).
- KAHN P. — *Hérédo-syphilis et pithiatisme* (Comm. à la Soc. de Neurol., 7 avril 1921).
- KINGERY. — Le L. C. R. dans 52 cas d'hérédo-syphilis (*Jour. of the méd. assoc.*, Chicago, 1^{er} janv. 1921).
- KRAEPELIN. — *Introduction à la Psychiâtrie clinique* (Trad. franç., 1907).
- KRETSCHMER. — *Manuel Pratique et Théorique de Psychologie Médicale* (Payot, édit., 1926).
- LACAPÈRE et P. VALLERY-RADOT. — *Traitement de la syphilis héréditaire et de la syphilis infantile acquise* (Maloine, 1922).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Anxiété, volupté et pneumogastrique (*Paris Méd.*, 18 oct. 1924).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *Pathologie du Sympathique* (Alcan, édit. 1923).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *La méthode concentrique dans l'étude des psycho-névroses* (Chanine, édit., 1927).

- LAIGNEL-LAVASTINE. — Vagotonie hérédo-syphilitique (*Notes Prat. d'Actual. Méd.*, 1929, n° 29).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Le diagnostic de l'anxiété (*Sem. Hôp. de Paris*, avril 1931).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — A propos du VII^e Congr. de psychanalystes de langue française (*J. de Méd.*, 10 févr. 1933).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — L'obsession caractère recessif souvent hérédo-syphilitique (*Revue d'Anthropologie*, 1933, p. 102).
- LAIGNEL-LAVASTINE et VINCHON. — Congr. de Barcelone, 1929.
- LAIGNEL-LAVASTINE et ROQUES DE FURSAC et D. D. HEUCQUEVILLE. — Le pH Urinaire dans les états de dépression (*Soc. Méd. Psychol.*, févr. 1931).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Psychose périodique dysthyroïdienne chez un hérédo-syphilitique (*Soc. de Psych.*, 30 nov. 1924).
- LAIGNEL-LAVASTINE, VALENCE. — Psychose périodique chez un hérédo-syphilitique (*Rev. Neurol.*, 1926, p. 108).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Les psychopathies hérédo-syphilitiques (*Ann. des mal. vénér.*, t. XX, 1925, p. 841).
- LAURENT. — *La criminalité infantile* (Paris, Maloine, 1906).
- LAURENT. — *Variations de l'équilibre vago-symptomatique* (Thèse Paris, 1923).
- LAVERGNE. — *Contribution à l'étude de certaines réactions méningées de l'enfance. Leurs relations fréquentes avec la syphilis héréditaire* (Thèse Paris, 1919).
- LIAN et JOANNON. — Symptômes cardinaux de l'hyper-vagotonie (*J. méd. franç.*, 1921).
- LEGH. — Hérédo-syph. et intelligence (*Gaz. méd.*, Paris, 1916).
- LEREDDE. — *La syphilis héréditaire et la famille syphilitique* (Maloine, 1925).
- LERI A. et BARTHÉLEMY. — *Les troubles endocriniens dus à l'hérédo-syphilis* (III^e Congrès de Dermato., Bruxelles, juillet 1926).
- LEROUX et LABBÉ. — Le séro-diagnostic dans l'hérédo-syphilis (*Ann. des mal. des enfants*, décembre 1911).
- LESNE et BOUTELIER. — Hérédo-syphilis (*Pédiatrie*, novembre 1926).
- LOGRE et SANTENOISE. — *Action du gardénal, atropine, adré-*

- naline comme hypovagotoniques dans la psychose intermittente (Congr. des alién. et neurol., 1922).
- MAGNAN et LEGRAIN. — *Les dégénérés* (Collection Charcot De Bove, 1895).
- MALLET. — Angoisse et obsession (*Pr. Méd.*, 19 mai 1923).
- MALLET. — *Les obsédés* (Doin, édit.).
- MALE. — *Contribution à l'étude du rôle de l'hérédosyphilis dans l'étiologie des troubles mentaux de l'enfance* (Thèse Paris, 1927).
- MARIE A. — Deux cas de P. C. juvénile (*Encéphale*, févr. 1926).
- MARIE A. — Hérédosyphilis et P. G. infantile (*Soc. franç. de Dermatologie et de Syphil.*, 11 mars 1926).
- MARIE A. — Neurosyphilis familiale (*Soc. clin. méd. ment.*, 19 mars 1926).
- MARIE et VALENCE. — Un cas de syphilis cérébrale chez un fils de P. G. (*Encéphale*, 1926, p. 544).
- MARCHAND L. — *Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale* (Paris, Doin, 1906).
- MARCHAND L. — *D. P. chez les hérédosyphilitiques* (XXIX^e Congrès, Paris, 1929).
- MARCHAND L. — Glandes endocrines et épilepsie (*Revue Neurologique*, 1922, p. 1435).
- MARCHAND L. et BAUER. — Du rôle de la syphilis dans l'étiologie de l'épilepsie dite essentielle (*Paris médical*, 15 oct. 1927).
- MARCHAND L. et MARESCHAL. — *Démence précoce, fille de P. G.* (Société clinique de médecine mentale, 18 févr. 1929).
- MARGAROT. — L'angoisse considérée comme la traduction affective d'un état sympathicotonique (*Languedoc méd.*, 10 mars 1925).
- MARTIMOR. — Le R. (O. C. chez les anxieux (*Soc. de Psychiatr.*, janv. 1922).
- MERKLEN L. — Glandes endocrines et syph. fonctionnelle ou méiopragique (*La méd.*, juillet 1921).
- MOREL. — Du délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral (*Arch. gén. de Méd.* 1866, 6^e série, t. VII).
- NACHT. — La structure inconsciente de quelques psychoses (*L'encéphale*, déc. 1932).
- NACHT. — « Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle avec représentations sado-masochistes » (*Rev. franç. de Psychan.* t. IV, n° 3).

- NATHAN. — *Les psychoses évitables* (Flammarion, 1929).
- NICOLAS et GATÉ. — *Les troubles endocriniens d'origine syphilitique* (III^e Congrès de Dermat., Bruxelles, juil. 1926).
- ODIER. — *La névrose obsessionnelle*, rapp. 1^{re} conf. des psych. de langue franç., Genève, 1926 (*Rev. franç. de Psych.*, t. III).
- ODUR. — « Le Sur-Moi », rapp. 2^e conf. des Psych. de Langue franç. Blois, 1927 (*Rev. franç. de Psych.*, t. II).
- PACHON. — Rapports fonctionnels du sympathique et des glandes endocrines (*Pr. Méd.*, 13 oct. 1913).
- PAPILLAN et MARIETTI GIANO. — Système végétatif et cholestérinémie (*Soc. Biol.*, 29 nov. 1928).
- PAULIAN et SFINTESCO. — Fréquence du spina bifida occulta (*Sem. Hôp. Paris*, 31 oct. 1933).
- PARANT. — Syphilis et folie (*Ann. Méd. psychol.*, t. III, 1888, p. 411).
- PARCHEMINEY. — « L'hystérie de Conversion », rapport VI^e Congrès des Psychanalystes de langue française.
- PAUTRIER. — Insuffisance surrénale et hérédosyphilis (*Bull. et Mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 15 janv. 1920).
- PERNAMBUCANO. — *Sur quelques manifestations nerveuses de l'hérédosyphilis* (Thèse, Rio de Janeiro, 1912).
- PINARD M. — Anesthésie et mélancolie hérédosyphilitique (*Bull. soc. méd. des Hôpitaux*, 1915, p. 679).
- PITRES et RÉGIS. — *Les obsessions et les impulsions* (1 vol., Paris, 1902).
- PITRES et RÉGIS. — *Sémiologie des obsessions et idées fixes* (Rapport Congrès de Moscou, 1897).
- POTET. — *Hygiène mentale* (Le François, Paris, 1926).
- QUEYRAT. — Axyphoïdie et syphilis héréditaire (*Médec.*, t. VIII, 1926-1927, p. 135).
- RAYMOND et ARNAUD. — « Sur certains cas d'Aboulie avec Obsessions » (*Ann. Méd. Psych.*, 1892).
- P. RAVAUT et LAIGNEL-LAVASTINE. — Les variations de l'albumine du liquide C. R. dans les psychoses (*Soc. méd. des hôp.*, 30 juillet 1920).
- RAVAUT P. — Le L. C. R. des hérédosyph. (*Ann. de Derm.*, 15 février 1917).

- RÉGIS. — *Manuel de Médecine mentale*, 1892.
- Revue française de psychanalyse (DENOËL et STEELE, éd., 1931-1935).
- RIBOT. — *La psychologie des sentiments*, Paris, 1896.
- RICHEL, GARRELON et SANTENOISE. — *Variations de l'équilibre vago-sympathique expliquant en partie l'influence de certains facteurs comme le froid* (Acad. des Sc., 28 janv. 1923).
- ROGER. — *La Pathologie du Système Nerveux Autonome* (*Rev. de Méd.*, avril 1922).
- SANTENOISE. — *Pneumogastrique, appareil thyroïdien et activité cérébrale* (Paris 1929).
- SANTENOISE et VIDACOVITCH. — *Anxiété et déséquilibre neuro-végétatif* (*Prat. Méd. Franç.*, oct. 1924).
- SEGLAS. — *Leçons cliniques sur maladies mentales*, Paris, 1895.
- SERIN et PICARD J. — *Soc. de Psychiat.*, 26 déc. 1927.
- SEZARY. — *Diagnostic de la syphilis constitutionnelle* (*Soc. Méd. Hôp.*, 22 févr. 1924).
- SEZARY, VIBERT et GOBEL. — *Axyphoïdie et syphilis héréditaire* (*Soc. Méd. Hôp.*, 11 janv. 1926).
- STEKEL. — *L'évolution, les méthodes et les dangers de la psychanalyse* (*Bull. Méd.*, 5 nov. 1932).
- STEKEL. — *Psychologie des maladies obsessionnelles* (*Bull. Méd.*, 6-13 oct. 1934).
- STEKEL. — *Les états d'angoisse nerveuse et leur traitement* (Payot, édit.).
- STEPHENS L. et CREHANGE. — *Hérédo-syphilis des glandes endocrines. Rôles et valeur des tests biologiques* (*Soc. de Derm., Nancy*, 26 janv. 1927).
- THOMAS et LONG. — *Hérédo-syphilis nerveuse juvénile* (*Soc. de Neur.*, 3 mars 1921).
- TINEL. — *Rapports entre l'hypervagotonie et l'anxiété* (*Soc. de Psychiatr.*, 21 déc. 1922).
- TINEL et SANTENOISE. — *Vagosympathique et choc anaphylactique* (*J. Méd. franç.*, mars 1922).
- TINEL et SANTENOISE. — *Epilepsie et paroxysmes centraux* (*P. M.*, 15 avr. 1922).
- TINEL et SANTENOISE. — *Vagosympathique et anaphylaxie dans*

- les crises paroxystiques d'anxiété, de manie et d'épilepsie (*Pr. Méd.*, 15 avr. 1922).
- THOMAS et LONG. — Hérédo-syphilis nerveuse juvénile (*Soc. de Neur.*, 3 mars 1921).
- TOPORKOFF. — Contribution à l'étude du rôle de la syphilis dans la psychasthénie (*Prog. Méd.*, 5 nov. 1928).
- VALLAI. — Considérations sur l'hérédité et les maladies nerveuses (*Encéphale*, 1922, n° 3).
- VERMEYLEN et DECAMPS. — *Considérations sur l'hérédosyphilis et psychopathie infantile* (Congr. aliéniste et neurologiste de langue franç., Barcelone 1929).
- VILLARET et SAINT-GIRON. — R. O. C. et tension nerveuse (*Pr. Méd.*, mai 1932).
- VURPAS. — *L'état mental des obsédés in questions neurol. d'Actual.*, Paris, Masson, édit., 1922.
- VURPAS. — Les formes cliniques des obsessions (*Pr. Méd.*, 4 juin 1930).
- VURPAS et CORMAN. — Les formes graves des obsessions (*Paris Méd.*, 6 août 1932).
- VURPAS et CORMAN. — Obsédés mélancoliques et obsédés constitutionnels (*Ann. Méd. Psychol.*, avril 1933).
- WITTELS. — *Freud*, 1 volume, Alcan édit., 1925.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE. — <i>La clinique de l'obsession et le fond mental psychasténique</i>	7
CHAPITRE PREMIER. — Définition et caractères généraux des obsessions.....	7
CHAPITRE II. — Nosographie des maladies obsessionnelles.....	12
CHAPITRE III. — Étude clinique des maladies obsessionnelles	17
DEUXIÈME PARTIE. — <i>Psychogenèse des obsessions</i>	33
CHAPITRE PREMIER. — Théorie de Pierre JANET.....	40
CHAPITRE II. — Théorie psychanalytique.....	44
CHAPITRE III. — Théorie psychanalytique de STECKEL..	70
TROISIÈME PARTIE. — <i>Physiopathologie de la constitution psychasténique</i>	85
CHAPITRE PREMIER. — Généralités sur les constitutions morbides	85
CHAPITRE II. — Hérité. Dystrophies et constitution psychasthéniques	89
CHAPITRE III. — Physiopathologie des obsédés constitutionnels	103
CHAPITRE IV. — Morphologie des obsédés constitutionnels.....	126
QUATRIÈME PARTIE. — <i>Réflexions sur la thérapeutique des obsessions</i>	135
CONCLUSIONS.....	153
BIBLIOGRAPHIE	157

